

Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Paris : Mention : Médecine

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

N. 198

— THÈSE —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 mars 1909, à 1 heure.

Par M^{lle} N. HAÏMOVITCH

Née à Odessa (Russie) le 15 juillet 1880

DÉBUTS AIGUS ET SURAIGUS

(A formes de diverses affections abdominales)

DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Président : M. ALBERT ROBIN, professeur.

*Juges : { MM. RAYMOND et THOINOT, professeurs.
 CLAUDE, agrégé.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

—
1909

198

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Paris : Mention : Médecine

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

— **THÈSE** —

N. —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 mars 1909, à 1 heure.

Par M^{lle} N. HAÏMOVITCH

Née à Odessa (Russie) le 15 juillet 1880

DÉBUTS AIGUS ET SURAIGUS

(A formes de diverses affections abdominales)

DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Président : M. ALBERT ROBIN, professeur.

Juges : { MM. RAYMOND et THOINOT, professeurs.

CLAUDE, agrégé.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale.	DIEULAFOY.
	DEBOVE
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	PIERRE DELBET.
Clinique chirurgicale.	QUENU.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	PINARD.
Clinique d'accouchements.	BAR.
	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique.	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de profonde affection.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. ROBIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL BEAUJON

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Nous profitons de l'occasion qui nous est fournie par la publication de cette thèse pour remercier les Maîtres de la médecine française des leçons que nous avons reçues d'eux et de la bienveillance dont ils ne se sont jamais départis à notre égard.

Nous voulons plus particulièrement adresser ce témoignage de reconnaissance à M. le D^r DALCHÉ, médecin de l'hôpital de la Pitié, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a fourni des observations inédites. Pendant notre séjour dans son service, nous avons pu acquérir de précieuses notions sur cette science si importante et si négligée qu'est la gynécologie médicale ; la méthode rigoureuse et claire, le dévouement dont nous lui avons vu faire preuve au chevet de ses malades, nous permettent d'emporter de Paris le souvenir d'un chef estimé et aimé de tout son entourage.

Qu'il nous soit aussi permis d'adresser nos remerciements à M. le D^r J.-L. FAURE, chirurgien de l'hôpi-

tal Cochin, dont l'impeccable technique opératoire demeurera l'objet de notre constante admiration.

Nous ne voulons pas terminer ces lignes sans remercier M. GALUP, interne dans le service de M. le D^r DALCHÉ, qui a bien voulu nous guider dans les recherches que nécessitait notre thèse et nous a si obligeamment aidé dans sa rédaction.

Nous adressons aussi nos remerciements à M. le professeur ROBIN qui nous fait le grand honneur de présider notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION. HISTORIQUE

La péritonite tuberculeuse présente parfois, en dehors de toute complication (occlusion ou perforation intestinales) qui peut être le premier signe par lequel elle se manifeste, un début aigu ou suraigu simulant diverses affections abdominales. Ainsi dans la tuberculose du testicule, Duplay a naguère reconnu la possibilité d'un début brusque simulant, à s'y méprendre, l'orchite blénorrhagique, jusqu'au moment où l'évolution permet un diagnostic différentiel. C'est à l'étude essentiellement clinique de ces débuts anormaux, dont le diagnostic est malaisé ou impossible, que nous consacrons le présent mémoire. Dans les proportions modestes qu'il affecte, mais étayé sur des observations, que nous avons colligées avec soin et dont trois, inédites, nous ont été fournies par notre maître, M. le Dr Dalché, ce travail peut, nous semble-t-il, n'être pas complètement dénué d'intérêt.

De fait, dans les traités actuellement classiques, ces

débuts anormaux sont à peine indiqués ou même ne le sont pas du tout.

Certes, dans la forme aiguë miliaire uniquement péritonéale ou du moins à prédominance péritonéale (1), les dits traités décrivent un début brusque, mais qui serait toujours, à les en croire, identique à lui-même. « Le début ressemble à celui d'une péritonite aiguë non tuberculeuse ; il est seulement un peu moins tumultueux », écrit M. E. Dupré dans le *Traité de médecine et de thérapeutique* de Brouardel et Gilbert (2). D'après M. Bruhl, dans le *Manuel de médecine* de Debove et Achard (3), l'affection « s'annonce par de la fièvre, des vomissements ; en général le début est moins tumultueux que celui de la péritonite aiguë ». « Le début est brusque, rapidement grave », se contente d'énoncer M. Courtois-Suffit dans le *Traité de médecine* de Charcot et Bouchard (4).

Si nous passons aux formes chroniques, ulcéro-caséuse et fibro-adhésive, c'est le début essentiellement lent et insidieux pour la première, plutôt subaigu pour la seconde, et nous ne trouvons d'autre mention d'un

1. Nous éliminons la forme miliaire granulique où le péritoine n'est pris qu'au même titre que tous les autres organes et où ses réactions propres sont perdues au milieu du tableau clinique d'une granulie généralisée.

2. *Traité de médecine et thérapeutique* de Brouardel et Gilbert, tome IV. Art. : *Tuberculose du péritoine*, par S. Dupré.

3. *Manuel de médecine* de Debove et Achard, tome V : *De la tuberculose du péritoine*, par Bruhl.

4. *Traité de médecine* de Charcot et Bouchard, tome IV. Art. : *Péritonite tuberculeuse*, par Courtois-Suffit.

début brusque que dans les cas où les lésions, soit caséuses, soit fibreuses, succèdent à une tuberculose miliaire de la séreuse. Encore M. Bruhl ne signale-t-il la possibilité d'un tel début que dans la forme fibreuse et M. Courtois-Suffit le passe-t-il complètement sous silence.

Pourtant le début aigu ou suraigu simulant diverses affections de l'abdomen n'a pas été sans attirer l'attention de quelques observateurs. Mais il s'agit presque uniquement de débuts simulant, en dehors de la péritonite aiguë simple, l'appendicite et l'occlusion intestinale. Ainsi M. Lejars, à la Société de chirurgie (1) « soumet quelques faits et quelques réflexions se rapportant à certaines formes cliniques, sous lesquelles l'affection peut se présenter, à certaines indications d'urgence qu'elle peut faire naître, en revêtant le début brusque et les allures aiguës d'autres affections graves de l'abdomen. Chez deux de ses malades, la tuberculose péritonéale aiguë se manifesta sous les apparences de l'occlusion intestinale et de l'appendicite. » Ainsi M. Moizard montre, dans le *Journal des Praticiens* (2), « que la péritonite tuberculeuse, qui, dans l'esprit de tous, est une maladie à évolution lente, progressive, peut, dans certains cas très rares, débiter brusquement, à grand fracas, et que, si les lésions siègent ou prédominent dans la fosse iliaque droite, elle peut simuler à s'y mépren-

1. Soc. de chirurgie. Séance du 15 juin 1898. De l'intervention chirurgicale dans certaines formes de péritonite tuberculeuse aiguë, communication de M. Legars.

2. MOIZARD. *Journal des Praticiens*, 7 août 1900.

dre l'appendicite. » Ainsi encore M. Guillemare, dans sa thèse (1), étudie les péritonites tuberculeuses aiguës à forme d'occlusion intestinale et à forme d'appendicite, MM. Chofardet (2), Rousseau (3), Sotty (4) consacrent la leur à la péritonite tuberculeuse pseudo-appendiculaire et M. Gourdon la sienne au pseudo-étranglement paralytique dans la péritonite tuberculeuse (5). Ces faits sont enfin consignés par M. Loeper dans le plus récemment paru des traités médicaux, le *Manuel des maladies du tube digestif* de Debove, Achard et Castaigne (6).

Quant aux autres débuts anormaux, sur lesquels nous nous proposons d'attirer l'attention, ils sont presque complètement négligés. Guillemare pourtant les soupçonne. « Pour notre part, écrit-il, nous sommes persuadé que la tuberculose péritonéale aiguë peut en outre faire croire bien des fois à d'autres affections, telles que : coliques néphrétiques, salpingites, entérites aiguës,

1. GUILLEMARE. Recherches sur la péritonite tuberculeuse aiguë. *Thèse de Paris*, 1898.

2. CHOFARDET. La péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'appendicite. *Thèse de Paris*, 1900.

3. ROUSSEAU. La péritonite tuberculeuse aiguë simulant l'appendicite. *Thèse de Paris*, 1901.

4. SOTTY. Essai sur la péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'appendicite.

5. GOURDON. Du pseudo-étranglement paralytique au cours de la péritonite tuberculeuse.

6. Manuel des maladies du tube digestif de Debove, Achard et Castaigne, tome II. Article : *Tuberculose du péritoine* par Loeper.

voire même coliques hépatiques, etc. ». « Mais, s'empresse-t-il d'ajouter, ne possédant pas d'observations de ces formes, nous n'insisterons pas davantage. » Un seul auteur, Merry (1), signale plus récemment quelques variétés, simulant la salpingite aiguë, l'hématocèle péri-utérine, la fièvre typhoïde. Enfin une statistique, publiée l'an passé, des péritonites tuberculeuses soignées à l'hôpital John Hopkins de Baltimore (2), mentionne toute une série de ces débuts anormaux.

1. MERRY. Étude clinique de quelques formes rares de péritonite tuberculeuse. *Thèse de Paris*, 1907.

2. *Bulletin of the John Hopkins Hospital*, 1908, t. XIX, n° 7 septembre p. 256-259.

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE

(Signes et diagnostic.)

Les affections abdominales, dont la péritonite tuberculeuse à son début peut prendre le masque, sont nombreuses. Pourtant il ne conviendrait pas, à notre avis d'en multiplier inconsidérément le nombre.

Il ne saurait suffire en effet, pour qu'on présente tel début comme simulant telle affection, qu'un symptôme isolé puisse, à un premier et superficiel examen, amener dans l'esprit du médecin une association d'idées qu'à la réflexion et après une série de recherches méthodiques il abandonnera plus ou moins vite. Ainsi, dans la statistique des péritonites tuberculeuses de l'hôpital John Hopkins (1), nous trouvons signalé que le symptôme initial a été, suivant les cas, de la douleur abdominale, de l'œdème de la paroi, des symptômes généraux, de la

1. *Bulletin of the John Hopkins Hospital*, 1908, t. XIX, n° 7, septembre, p. 256 à 259.

pesanteur dans l'abdomen, des troubles dysménorrhéiques, de la gêne respiratoire, de la toux, un point de côté, de la diarrhée, de la constipation, des troubles de la miction, une tension douloureuse de l'abdomen, des vomissements. A combien d'affections diverses, surtout s'ils atteignent une acuité particulière, ces symptômes pris isolément ne peuvent-ils pas appartenir !

Pour notre part, dans les observations que nous avons compulsées, nous n'avons jamais trouvé que la péritonite tuberculeuse ait réellement simulé *le syndrome* de la colique hépatique, ni celui de la colique néphrétique, ni celui de l'entérite aiguë, et si dans certaines d'entre elles il est mentionné qu'on ait pensé un instant à l'une de ces affections, jamais on ne s'est sérieusement arrêté à ce diagnostic. « Ce sont là, comme le dit fort bien Merry, des impressions qui ne durent pas. » C'est pourquoi nous avons pensé qu'il convenait, jusqu'à plus ample informé, de les distraire de notre cadre.

Nous admettons par contre que la péritonite tuberculeuse à débuts aigu et suraigu peut prendre le tableau clinique de :

- 1° La péritonite purulente aiguë franche, de cause indéterminée ou traumatique ;
- 2° L'appendicite ;
- 3° La perforation intestinale ;
- 4° Les accidents péritonéaux dans les affections utéro-annexielles ;
- 5° L'occlusion intestinale ;
- 6° L'hématocèle péri-utérine ;

7° La fièvre typhoïde.

Il est une dernière affection que nous aurions désiré adjoindre à cette liste, car nous en trouvons signalés deux cas dans la statistique de l'hôpital John Hopkins : la cholécystite aiguë. Mais nos recherches d'observations de cet ordre sont demeurées complètement infructueuses.

I. — Début simulant la péritonite purulente aiguë franche, d'origine indéterminée ou traumatique. — C'est, nous l'avons vu, le début décrit par nos traités classiques à la forme aiguë miliaire péritonéale. Mais, d'après ces traités, il est cependant « moins tumultueux ». Sans doute en peut-il être ainsi : mais ce n'est point une règle absolue et l'acuité des phénomènes est parfois absolument identique. (Obs. I, II et III.)

Mise à part cette question d'apparition plus ou moins tumultueuse des accidents, le tableau clinique est bien le même.

Chez un individu jusque-là en bonne santé, éclate brusquement, sans prodromes, une douleur abdominale violente qu'exacerbent le moindre mouvement, la plus légère exploration. Peu après apparaissent des vomissements, intenses et répétés, d'abord biliaires, puis porracés. Il s'établit de la constipation, mais en général avec persistance d'émissions gazeuses, quelquefois de la diarrhée.

Le facies s'altère et prend l'aspect dit « péritonéal » :

yeux excavés, nez pincé, traits tirés, etc. La température s'élève rapidement et atteint 39°, 40°. Le poulx devient petit et s'accélère. Il y a perte de forces, abattement et amaigrissement rapides.

Le ventre se météorise ; il est ballonné, tendu, mais les anses intestinales ne se dessinent pas sous la paroi : quelquefois on note un léger degré d'ascite.

A défaut d'antécédents héréditaires ou personnels qui puissent, nous ne dirons pas permettre le diagnostic, mais y faire seulement songer, on conçoit que l'erreur s'impose à peu près fatalement dans des cas semblables. L'absence d'anamnestiques auxquels on puisse rapporter la péritonite serait seule susceptible, nous semble-t-il, d'éveiller l'idée d'une manifestation tuberculeuse. Mais même sur ce point des confusions sont possibles. Le cas de Brun nous en fournit un exemple curieux : il s'agit d'un enfant qui présentait les signes habituels d'une péritonite aiguë à localisation surtout sous-hépatique ; les accidents étaient survenus après une chute, dans laquelle le flanc droit avait été violemment contusionné par une rampe d'escalier. La relation de cause à effet semblait s'imposer et M. Brun posa le diagnostic de péritonite aiguë franche, consécutive à une déchirure hépatique. Or l'intervention montra qu'il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse à forme miliaire.

A un autre point de vue d'ailleurs, l'observation de M. Brun nous semble intéressante. Le traumatisme n'a-t-il pas donné un coup de fouet à une péritonite tuberculeuse jusqu'alors latente, ou bien, conformément à la

loi établie par Max Schuller (1), n'a-t-il pas localisé sur le péritoine une infection tuberculeuse dont le sujet portait les germes ? C'est probable, et l'on conçoit l'importance de ce fait au point de vue médico-légal. Peut-on appliquer le cas échéant, à de tels malades, la loi sur les accidents du travail, et dans quelle mesure ? C'est le même problème qui se pose en présence d'une tumeur blanche s'établissant à la suite d'un traumatisme du genou ou d'une pleurésie à lymphocytes succédant à une contusion de poitrine.

*.
..

II. — Début simulant l'appendicite. — Cette forme de début est la mieux connue, celle qui a donné lieu au plus grand nombre de recherches. Nous allons résumer le plus clairement possible le tableau clinique, tel qu'il ressort de l'examen des observations et des travaux d'ensemble publiés.

Comme contribution personnelle à la question nous indiquerons, d'après une observation inédite de notre maître, M. le Dr Dalché, un début de tuberculose pleuro-péritonéale, simulant une appendicite avec pleurésie appendiculaire.

Le début pseudo-appendiculaire peut simuler les diverses formes de l'affection.

1) Début simulant l'appendicite avec péritonite aiguë

1. L'expérience, aujourd'hui classique, de Max Schuller est la suivante : si l'on rend un animal tuberculeux et qu'on vienne à contusionner une de ses articulations, on y voit se développer une tumeur blanche.

généralisée (observ. IV et V). Le syndrome est celui que nous avons étudié au paragraphe précédent. Mais quelques signes particuliers, principalement la localisation ou plutôt la prédominance très nette de la douleur dans la fosse iliaque droite, semblent autoriser le diagnostic étiologique d'appendicite. Comme dans l'appendicite avec péritonite généralisée qu'elle simule, on peut ne trouver à la palpation, dans cette forme de début de la péritonite tuberculeuse, rien d'anormal du côté de la région où siège la douleur, si ce n'est que cette douleur est exaspérée par la pression ; pas le moindre empatement. À la percussion, sonorité normale à ce niveau (observ. IV). Ce type serait très rare, d'après Sotty. Dans d'autres cas, on sent, à la palpation appuyée et douce, une masse profonde plus ou moins régulière, assez mal limitée (observ. V). Cet aspect clinique fait penser à ce que Jalaguier désigne du terme de « péritonite généralisée à grands enkystements » et dont il fait « un état intermédiaire aux péritonites péri-appendiculaires vraiment circonscrites et aux péritonites généralisées. »

Dans ces divers cas, et en présence d'accidents suraigus nécessitant une intervention chirurgicale immédiate, il semble bien, comme le dit Merry, que le diagnostic réel soit vraiment impossible.

β). — *Début simulant l'appendicite avec péritonite localisée et suppuration circonscrite* (Observ. VI). — Un malade a été pris brusquement d'une crise qu'il a paru légitime d'attribuer à une appendicite simple et telle que nous la décrirons plus loin ; mais la rémission

ne s'est pas effectuée et les symptômes se sont au contraire aggravés. Ou bien ces symptômes graves sont apparus d'emblée.

Quoi qu'il en soit, sans qu'il y ait des phénomènes de péritonite généralisée, l'état général est inquiétant. Sur-tout il peut exister une dissociation frappante du pouls et de la température, le pouls atteignant 120, 130 pulsations, la température se maintenant à une élévation modérée, 38°, 38°5. Les urines sont diminuées. La langue sèche. La constipation opiniâtre. Les vomissements, les douleurs persistent ou s'exaspèrent.

L'examen local révèle l'existence dans la fosse iliaque droite d'une zone d'empâtement diffus. Il se peut que cette zone présente au début un défaut de fixité, « apparaissant et disparaissant presque brusquement, s'étendant tantôt plus à droite, tantôt plus à gauche » (Sotty); mais cette évolution un peu anormale n'est pas impossible dans l'appendicite. En tous cas, au bout de quelques jours, l'empâtement se fixe et se précise, en même temps qu'il augmente de volume. Si on diffère l'intervention, les signes locaux de suppuration s'accusent et de la fluctuation apparaît. Au toucher rectal, on sent une grosse masse qui communique nettement avec la collection sentie par la palpation abdominale. Intervient-on, évacue-t-on l'abcès, mais sans reconnaître sa nature tuberculeuse, une récidive peut se produire par formation d'une collection nouvelle et ceci encore n'est pas en contradiction avec le diagnostic formulé.

γ). — *Début simulant l'appendicite simple, congestive ou plastique* (observ. VII, VIII et IX). — Une dou-

leur brusque et violente qui peut d'abord être généralisée, à tout le ventre sous forme de coliques, mais rapidement se localise à la fosse iliaque droite, où la pression témoigne de son intensité maxima au point bien précis de Mac Burney ; de la défense musculaire à ce niveau ; des vomissements qui, après la brusquerie du début, deviennent assez rares ; de la constipation ; un bon état général, facies non altéré, pouls à 80 ou 90, température ne dépassant pas 38°, 38°5, peu ou pas d'accélération respiratoire ; un météorisme modéré et, à la palpation de la fosse iliaque droite, vingt-quatre ou quarante-huit heures après le début, une simple sensation de résistance ou un plastron véritable. Au bout de quelques jours, atténuation, puis disparition de ces accidents aigus.

Quand le tableau clinique est aussi schématiquement celui de l'appendicite, le diagnostic, il faut le reconnaître, est difficile. Mais comme on ne se trouve pas en présence d'un de ces cas alarmants au plus haut degré que nous avons étudiés jusqu'ici et qui interdisent les discussions au médecin, comme au contraire il ne devra, d'après l'opinion aujourd'hui la plus acceptée, intervenir que plus tard, à froid, l'examen attentif des antécédents prend ici une importance toute spéciale ; et, comme le remarque Merry, en général ils ne font pas défaut. L'existence antérieure de crises analogues à la crise actuelle ne peut évidemment être d'aucun secours et bien plutôt confirmera l'erreur en faisant penser à une appendicite à rechutes. Mais une pleurésie primitive, des alternatives de diarrhée et de constipation dans le

passé du malade, etc., auront une tout autre valeur. Et, si par surcroît la crise présente quelques caractères anormaux, le diagnostic pourra, sinon être affirmé, du moins être grandement soupçonné, surtout, comme le dit M. Broca, lorsqu'on a l'habitude de l'appendicite.

C'est que le tableau schématique plus haut décrit n'est pas toujours parfaitement réalisé et Chofardet résume en ces termes les différences : « La douleur est moins violente et moins brutale ; elle est plus diffuse et moins exactement localisée au point de Mac-Burney. Par contre, le météorisme abdominal est généralement plus accusé ; on ne sent pas de grosseur ni de tuméfaction nette dans la fosse iliaque droite, ou bien l'empâtement dû à un gâteau péritonéal est plus diffus, et siège aussi bien du côté gauche que du côté droit. »

Enfin on ne devrapas oublier qu'en dehors de la péritonite tuberculeuse simulant l'appendicite il peut exister d'une part des appendicites tuberculeuses avec ou sans coïncidence de péritonite de même nature, d'autre part des appendicites simples chez des tuberculeux (Moizard).

δ) *Début simulant une appendicite avec pleurésie appendiculaire* (observ. X). — Ce cas, qui ne concerne plus la tuberculose uniquement péritonéale, mais bien la forme pleuro-péritonéale, s'observe dans les conditions suivantes :

Une malade présente une crise abdominale aiguë qui fait poser sans hésitation le diagnostic d'appendicite. Au bout de quelques jours des accidents se produisent du côté de l'appareil respiratoire, la malade est passée

dans le service de médecine, où on voit évoluer une pleurésie accompagnée de tous ses signes.

Il ne s'agit pas d'une pleurésie appendiculaire mais bien d'une pleurésie de nature tuberculeuse, comme l'ont été les manifestations abdominales elles-mêmes. L'évolution vient bientôt en faire la preuve. La pleurésie en effet, d'abord unilatérale, se manifeste bientôt des deux côtés ; puis l'on voit se dérouler le tableau typique d'une de ces tuberculoses pleuro-péritonéales, si bien décrites par Fernet et Boulland (1).

*
* *

III. — Début simulant la perforation intestinale.

— Comme dans les cas que nous avons plus haut étudiés, c'est, ici encore, à des accidents simulant la péritonite aiguë généralisée que nous avons affaire. Mais on sait quelle allure particulière présente cette péritonite aiguë généralisée dans les perforations intestinales : c'est que dans ces cas ce ne sont plus les phénomènes de réaction inflammatoire de la séreuse, qui prédominent, mais bien les phénomènes d'imprégnation toxique de l'organisme, ces phénomènes d'imprégnation toxique de la péritonite des perforations, — péritonite putride de Bumm, septicémie intestino-péritonéale de Verchère, ou plus simplement, comme on l'appelle aujourd'hui, péritonite suraiguë toxique, — la péritonite tuberculeuse peut les simuler.

1. BOULLAND. De la tuberculose du péritoine et des plèvres. *Thèse de Paris*, 1885.

Mais elle ne se borne pas là. On sait que les phénomènes de réaction péritonéale eux-mêmes varient suivant la cause et le siège de la perforation : la péritonite tuberculeuse peut aussi simuler ces variétés différentes. A vrai dire, les recherches que nous avons faites à ce sujet, ne nous permettent pas dès maintenant de tracer un tableau complet, comprenant des débuts simulant toutes ces variétés de perforation. Mais, d'après deux observations, dont l'une inédite, nous en pouvons au moins décrire deux : début simulant la perforation par fièvre typhoïde, début simulant la perforation par ulcère du duodénum ou de l'estomac.

α). — **Début simulant la perforation par fièvre typhoïde** (observ. XI). — Une perforation, au cours d'une fièvre typhoïde constituée, dans le troisième septenaire ou au début du quatrième, a des allures insidieuses et se traduit par un minimum de signes, en rapport avec l'état d'adynamie dans lequel se trouve déjà plongé le malade ; ce sont bien souvent sur des nuances symptomatiques que s'établit le diagnostic. Or nous étudierons plus loin une variété de début de la péritonite tuberculeuse simulant la dothiéntérie ; que dans ces cas on pense par surcroît à une perforation, la chose est possible, encore que nous n'en ayons pas trouvé d'exemple dans les observations publiées. Mais ce ne sont pas ces perforations-là que nous avons en vue. Ce sont celles, d'allures bien plus bruyantes, qui sont l'accident initial par lequel se manifeste une fièvre typhoïde latente, un typhus ambulatorius.

Chez un sujet, jusque-là en bonne santé apparente,

éclate soudain, pouvant être précédée pourtant de quelques vagues douleurs prodromiques, une douleur violente dans le bas-ventre ou dans le flanc droit. Le tableau d'une péritonite généralisée s'établit aussitôt. Les symptômes généraux prennent l'intensité effroyable qui caractérise la forme suraiguë septique. Non seulement le facies est grippé, le nez pincé, les joues excavées, mais la respiration est irrégulière, superficielle, de type costal, dyspnéique en un mot; la température est peu élevée, ou même au-dessous de la normale; le pouls misérable et incomptable; les bruits du cœur faiblement perçus; les muqueuses sèches et décolorées; les extrémités froides; enfin le malade présente une adynamie extrême, a la voix cassée, est en état de collapsus.

Plutôt qu'à ceux d'une péritonite purulente aiguë franche, ces symptômes généraux si graves feraient penser à ceux d'une occlusion, qui, on le sait, sont également attribuables, d'après Bouchard et Clado, à l'intoxication par les microbes de l'intestin. Mais les phénomènes locaux, non concordants, et de plus non proportionnels à l'intensité des phénomènes généraux font écarter ce diagnostic et imposent celui de perforation. Ainsi, dans l'observation de W. Gabel, qui nous sert à établir le présent tableau clinique, les douleurs du début persistent bien et même augmentent, généralisées à tout l'abdomen, avec cependant prédominance dans le bas-ventre où la palpation les accroît; et de même les vomissements se répètent avec une violence et une fréquence croissantes, d'ailleurs verdâtres, glai-

reux et non fécaloïdes. Mais il y a des selles diarrhéiques et l'abdomen, moyennement tendu, ne présente qu'un léger météorisme localisé aux parties inférieures, sans mouvements péristaltiques de l'intestin. Point de doute qu'à mesure que d'autres observations du même ordre seront publiées, on ne puisse établir que les vomissements et la douleur eux-mêmes présentent souvent une médiocre intensité et ainsi se complètera la similitude avec le tableau clinique de la péritonite par perforation. Qu'au siège particulier de la douleur vienne s'ajouter une hypertrophie nette de la rate, comme dans le cas de W. Gabel (hypertrophie que l'autopsie montra due à des lésions tuberculeuses), et l'on conçoit que le seul diagnostic auquel on puisse finalement aboutir, par exclusion il est vrai, soit, en l'absence de tous antécédents ou de tous stigmates permettant de suspecter une péritonite tuberculeuse, celui de perforation au cours d'une fièvre typhoïde latente.

β). — *Début simulant la perforation par ulcère du duodénum ou de l'estomac* (observ. XII). — Bien plus que le précédent, le tableau clinique de la perforation par ulcère du duodénum ou de l'estomac est caractéristique et ce n'est pas par exclusion qu'on en posera le diagnostic.

Au cours d'une parfaite santé, éclate une douleur foudroyante, en coup de poignard, dans la région de l'épigastre et de l'hypochondre droit, immédiatement sous les fausses côtes. Elle est si aiguë et si violente qu'elle met le malade en état de shock. Au bout de quelques heures, elle a un peu diminué d'intensité et le malade la

peut localiser plus exactement au point de rencontre du grand droit et des fausses côtes, à droite de la ligne médiane. Défense musculaire de la paroi dans cette région, puis météorisme généralisé à tout le ventre, mais plus marqué à ce même niveau, où la percussion révèle, à la place de la matité normale du foie qui a disparu, une zone de tympanisme. Enfin les selles sont supprimées. Facies péritonéal, température subissant une élévation légère, pouls rapide.

En présence d'un tel tableau, peut-on poser le diagnostic de péritonite tuberculeuse ? — Évidemment non. Peut-on au moins émettre quelques réserves sur celui de perforation par ulcère du duodénum ou de l'estomac ? — Nous manquons, avouons-le, d'un nombre suffisant d'observations pour trancher la question. Dans la seule que nous possédions, celle de M. le Dr Dalché, l'absence complète de vomissements même au début, une gravité moindre des symptômes généraux se traduisant principalement par la plénitude conservée du pouls, ont pu faire émettre ces réserves par un esprit clinique aussi aiguisé que celui de notre maître. Mais en est-il toujours ainsi ? L'observation de W. Gabel, concernant un début simulant la perforation par fièvre typhoïde, peut nous laisser des doutes à cet égard. N'est-il pas admissible que les phénomènes généraux si graves, constatés dans ce cas puissent s'observer aussi dans les débuts simulant les perforations par ulcère du duodénum ou de l'estomac ?

IV. — Début simulant l'occlusion intestinale. —

L'occlusion intestinale aiguë, par obstacle mécanique au cours des matières et des gaz, est une complication possible de la péritonite tuberculeuse et peut, dans certains cas, être l'accident révélateur d'une péritonite jusqu'alors latente.

M. Lejars, qui a bien étudié ces faits (1), distingue des occlusions par brides fibreuses, par agglutination d'un paquet d'anses, par coudure liée à une adhérence fibreuse qui se rétracte progressivement. M. Guinard (2) signale en outre la possibilité d'étranglement d'une anse par son engagement dans un des orifices rigides que présente l'intestin transformé en un véritable grillage. Nous n'avons pas à envisager ces cas, mais seulement ceux étudiés aussi par Lejars, où les symptômes d'occlusion sont dus, en dehors de tout obstacle mécanique, à la paralysie de l'intestin. Encore ne les envisagerons-nous, pour rester dans le cadre de notre travail, qu'en tant qu'accident initial de l'affection.

Ces pseudo-étranglements se manifestent brusquement par une douleur abdominale extrêmement violente d'emblée, comme est celle de l'occlusion véritable; parfois cependant il faut à cette douleur un certain laps de temps, vingt-quatre heures par exemple, pour acquérir son maximum d'acuité (observ. XV).

De ce moment les selles sont supprimées, et le plus souvent les gaz; pourtant il est possible que quelques

1. LEJARS. *Gazette des Hôpitaux*, 1891.

2. *Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*, t. VII. Art. ; *Tuberculose du péritoine*, par Guinard.

émissions gazeuses persistent (observ. XV); la constipation ne cède à aucun traitement. Des vomissements apparaissent, tantôt fréquents, tantôt rares; ils sont d'abord bilieux, puis deviennent épais, brunâtres, mais sans odeur encore bien caractérisée, et enfin, si l'on n'est pas intervenu auparavant, prennent le caractère fécaloïde; mais il semble que ce caractère puisse mettre un temps particulièrement long à se manifester: six jours dans une observation de Lejars (observ. XV). Il n'y a pas en général de température, le plus souvent même il y a d'emblée hypothermie; quelquefois pourtant le thermomètre monte, du moins au début, à 37° et quelques dixièmes (observ. XIII). Le pouls est rapide et petit. Comme dans les occlusions vraies et, d'une façon plus générale, dans les accidents abdominaux aigus, le malade est déprimé et anxieux, sa face grippée, ses extrémités froides. L'examen du ventre peut révéler les signes habituels de l'occlusion, ballonnement très marqué, sans toutefois qu'aucune observation mentionne le dessin des anses intestinales, ce qui n'a rien que de très naturel, la paralysie excluant le péristaltisme) douleur à la pression, sonorité de toute la surface abdominale à la percussion (observ. XIII); mais il peut aussi donner des résultats assez anormaux pour une occlusion, tension de la paroi variant d'un jour à l'autre, douleur seulement à la pression, peu marquée et diffuse, consistance uniformément pâteuse, bien que sans induration ni relief en aucun point (observ. XV).

D'après cette description, on conçoit que les difficultés du diagnostic varient suivant les cas.

Parfois il est absolument impossible que le médecin songe à autre chose qu'à un iléus véritable, le tableau clinique étant véritablement caractéristique de cette affection, ou bien, s'il émet une autre hypothèse, ce sera celle, non pas d'une péritonite tuberculeuse que rien ne peut lui donner lieu de supposer, mais d'une péritonite aiguë simple; nous savons combien ce diagnostic est parfois délicat. Dans d'autres cas, — et nous venons de l'indiquer dans notre description, — un ou plusieurs symptômes peuvent ne pas exactement concorder, douleur n'atteignant pas d'emblée sa plus grande intensité, persistance de quelques émissions gazeuses, vomissements ne prenant que tardivement le caractère fécaloïde, température ne descendant pas dès le début au-dessous de la normale, palpation du ventre donnant des résultats un peu anormaux et parfois variables d'un jour à l'autre. Si un assez grand nombre de ces symptômes se trouvent réunis, le médecin pourra émettre quelques réserves et même exceptionnellement soupçonner la vérité (observ. XV). Il ne semble pas cependant que ces réserves puissent jamais être assez fortes pour qu'il affirme le diagnostic véritable et, comme le dit M. Lejars, « celui d'occlusion intestinale demeure une des hypothèses les plus plausibles ». Peut-être conviendrait-il d'attribuer une importance particulière au signe qu'indique Chofardet: distension de la portion terminale du tube digestif, aussi marquée que celle de sa partie supérieure, sensible par le toucher rectal, sans coïncidence d'obstacle mécanique. Il convient enfin de signaler, comme nous

l'avons fait pour les débuts simulant la péritonite purulente aiguë franche, que les anamnestiques eux-mêmes peuvent induire en erreur : ainsi dans le cas de Quénu (observ. XIV) où une malade, antérieurement opérée pour des lésions non suppurées et extrêmement adhérentes de salpingite, fut subitement prise d'accidents d'occlusion, il était naturel de supposer des adhérences intestinales au niveau d'une cicatrice intérieure ; or il s'agissait de péritonite miliaire avec pseudo-occlusion paralytique.

∴

V. — Début simulant des accidents péritonéaux au cours d'affections utéro-annexielles. — Une femme est atteinte brusquement d'accidents péritonéaux ; la recherche des anamnestiques, certaines particularités du tableau clinique, font penser que ces accidents se rapportent à une affection de l'utérus ou des annexes. Mais, suivant les cas, l'affection à laquelle on songe peut varier. Nous fallait-il en conséquence chercher à distinguer toute une série nouvelle de « modes de début » ? A mesure que s'accroîtra le nombre d'observations publiées, il est possible qu'on y soit amené. Pour nous, nous avons plutôt cru devoir les grouper sous un seul chef. Il nous a semblé en effet que les différences dans les antécédents et les symptômes, cèdent le pas aux similitudes qui apparentent entre eux tous ces cas et sont susceptibles parfois, nous en avons la conviction, de permettre un seul diagnostic : celui d'accidents péritonéaux chez une génitale.

Au surplus, nous reconnaissons volontiers que dans les cas typiques (et nous en publions des observations), les différences sont sensibles. En voici des exemples :

Une femme, à la suite de rapports sexuels, d'un accouchement ou d'une fausse-couche, a vu se développer progressivement chez elle une série de troubles génitaux plus ou moins marqués : crises de douleurs dans les fosses iliaques ou le bas-ventre, pertes blanches, règles troublées, etc. Puis brusquement elle est prise d'une recrudescence violente des douleurs, avec élévation de la température, météorisme qui se généralise à tout le ventre, parfois nausées et vomissements. Le toucher vaginal révèle l'existence d'une masse limitée ou diffuse, plus ou moins immobilisée, dure, très douloureuse dans l'une des deux ou dans les deux fosses iliaques (observ. XVII). Le diagnostic qui semble s'imposer est celui d'une pelvi-péritonite secondaire à une salpingite par infection gonococcique ou puerpérale. Cependant l'opération ou l'autopsie montre qu'il s'agit d'une tuberculose plus ou moins localisée au péritoine pelvien, avec ou sans lésions annexielles. Les faits de cet ordre sont les mieux connus, car ils ont déjà donné lieu à un certain nombre de travaux d'ensemble (1 et 2).

Dans d'autres cas, il n'existe pas de symptômes passés ou actuels de salpingite infectieuse ; mais les conditions dans lesquelles se sont produits les accidents péritonéaux, la nature de ces accidents eux-mêmes,

1. M^{lle} GOROVITZ. Tuberculose génitale chez la femme. *Thèse de Paris*, 1905.

2. BOURSIER. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 20 sept. 1905.

semblent suffire à l'établissement du diagnostic. Tel est le cas de M. Bousquet (observ. XVIII) où « il s'agissait d'une jeune personne, mariée depuis quatre à cinq mois; elle avait une température élevée, des vomissements, un ballonnement du ventre ». Pouvait-on penser à autre chose « qu'à des accidents péritonéaux dus à une salpingite par infection »? Pourtant il s'agissait de lésions tuberculeuses de l'épiploon, sans atteinte des annexes.

Dans des circonstances toutes différentes (obs. XIX), on se trouve en présence d'une malade chez qui cette fois on ne peut soupçonner d'infection ni puerpérale (elle n'a pas eu d'enfants, pas de fausses couches), ni blennorragique. Mais cette femme a un passé génital; depuis plus ou moins longtemps, elle présente des menstrues douloureuses, quelques métrorragies. En outre elle a souffert à plusieurs reprises de crises douloureuses dans le ventre. Elle ajoute que son ventre est naturellement gros, bien que souple. Brusquement elle est prise de douleurs violentes dans la région sus-pubienne, en même temps que quelques gouttes de sang peuvent apparaître à la vulve, et le tableau d'une péritonite, non plus cette fois plus ou moins localisée, mais généralisée et suraiguë, éclate. C'est bien là le tableau auquel donne lieu la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire ou d'un fibrome pédiculé et, malgré que l'examen physique ne puisse naturellement être d'aucun secours pour l'instant, on pose sans hésiter ce diagnostic. Ici encore pourtant, c'est d'un début de péritonite tuberculeuse qu'il s'agit.

*
* *

VI. — Début simulant l'hématocèle péri-utérine.

— Jusqu'à présent, nous nous sommes occupé de débuts simulant des accidents de péritonite aiguë non tuberculeuse ou de péritonisme. Dans des circonstances plus rares et moins faciles à expliquer, le tableau est celui d'une grande hémorragie interne, plus précisément d'une hématocèle péri-utérine (observ. XX).

Une femme, jeune, est prise de douleurs abdominales qui se succèdent par crises, à intervalles irréguliers, pendant plusieurs jours ; d'abord diffuses, ces douleurs se localisent bientôt dans le bas-ventre et revêtent une intensité croissante ; les crises s'accompagnent d'élévation de la température, mais non de vomissements. Telles sont bien les douleurs pelviennes qui précédant la constitution d'une hématocèle rétro-utérine, indiquent que la grossesse ectopique va s'arrêter dans son évolution, que le décollement placentaire est au moins amorcé, que la trompe est distendue, prête à se vider par avortement ou à se rompre.

Plus ou moins brusquement, les douleurs deviennent paroxystiques, à peine atténuées par des applications de glace sur le ventre. En même temps l'état général s'aggrave pour ainsi dire d'heure en heure. Le pouls bat à 120 et davantage ; il est petit et presque filiforme, irrégulier, mou, mal frappé ; il peut devenir incompatible. Des injections de sérum peuvent provisoirement le relever, mais bientôt il retombe. La température ne s'élève pas. La malade présente de l'angoisse, un peu de dyspnée, la voix éteinte. Enfin son facies change rapidement et prend le caractère habituel aux grandes

hémorragies : il est pâle et les lèvres décolorées.

Localement le ventre, très douloureux à la pression, est à peine légèrement ballonné. Il y a du tympanisme en haut et de la submatité dans le bas-ventre, à droite comme à gauche. Au toucher vaginal, on sent l'utérus repoussé en masse en avant et, dans le cul-de-sac de Douglas ainsi que dans les culs-de-sac latéraux, un empâtement diffus, mais sans bombement ni limitation précise.

En présence d'un tableau aussi complet, on comprend qu'il soit impossible, plus encore peut-être que dans les cas que nous avons précédemment étudiés, de ne pas faire une erreur de diagnostic. Tout ne concorde-t-il pas à imposer celui d'hématocèle rétro-utérine à la période d'épanchement diffus, non seulement les phénomènes généraux, mais aussi les signes locaux ? Et comment pourrait-on penser que l'empâtement diffus des culs-de-sac, que révèle le toucher vaginal, répond non à du sang, mais à des anses intestinales agglutinées ? Merry, qui nous a révélé l'existence de cette forme de début de la péritonite tuberculeuse, tout en reconnaissant la quasi-impossibilité du diagnostic, insiste bien sur l'importance que pourrait présenter la constatation de quelques antécédents suspects. Il nous semble que les plus nets qu'il rapporte dans son observation, les crises abdominales plus ou moins douloureuses survenues au cours des années précédentes, pourraient pour le moins aussi bien confirmer l'erreur que l'empêcher et, malgré il est vrai, leur indépendance des règles toujours demeurées régulières, être rappor-

tées à des troubles utéro-annexiels, si fréquents, comme on sait, dans le passé des femmes qui font une hématoecèle.

∴

VII. — **Début simulant la fièvre typhoïde.** — Ainsi que nous l'avons établi au début de ce travail, nous n'avons en vue que les péritonites tuberculeuses proprement dites, c'est-à-dire les cas où les lésions tuberculeuses, si elles n'existent pas uniquement au niveau du péritoine, y sont du moins très prédominantes; et nous avons éliminé les cas de granulie généralisée, où le péritoine n'est atteint qu'au même titre que tous les autres organes. Aussi toutes les affections que nous avons eues à envisager jusqu'ici, comme pouvant être simulées par la tuberculose de la séreuse, ont-elles été des affections *locales* de l'abdomen. On peut s'étonner que nous leur adjoignons, pour terminer, la fièvre typhoïde, maladie *générale*. Et de fait c'est bien la granulie généralisée surtout qui prend le masque de la dothiénthérie: tous les traités classiques insistent sur ce diagnostic différentiel. Dans des cas plus rares cependant, — les seuls que nous voulions envisager, — il s'agit de lésions tuberculeuses localisées ou prédominantes au péritoine. C'est qu'il ne faut pas oublier d'une part que la tuberculose, aussi locale soit-elle, entraîne des phénomènes généraux dépendant de l'imprégnation de tout l'organisme, et d'autre part que la fièvre typhoïde, si elle est essentiellement une maladie

générale, a cependant son point de départ dans l'intestin et tire partie de ses caractères de ces lésions initiales.

Le tableau clinique de la fièvre typhoïde est trop complexe, formé de trop d'éléments divers, pour que nous trouvions la symptomatologie au complet dans un cas de péritonite tuberculeuse. Mais qu'un nombre suffisant de ces éléments se trouvent réunis et l'on comprend que, non seulement l'erreur soit possible, mais encore qu'elle ne puisse guère être évitée, au moins pendant un certain temps. D'autant que la fièvre typhoïde elle-même ne se présente pas toujours, tant s'en faut, suivant le schéma parfaitement net que lui assignent les traités, mais bien souvent avec une symptomatologie plus ou moins réduite. Les associations de symptômes qui imposeront son diagnostic au médecin peuvent évidemment varier à l'infini et notre description doit se ressentir forcément de cette imprécision.

Facies altéré et plombé ou seulement abattu, rougeur des pommettes, céphalalgie, vertiges, prostration, sont des signes assez vagues que les observations montrent diversement groupés.

D'autres sont plus caractéristiques. La température, au moment où l'on est appelé auprès du malade, est ou bien à 39°, 40°, et continue avec exacerbation vespérale, comme dans une typhoïde à la troisième semaine, ou bien à 37° et quelques dixièmes, mais progressivement ascendante dans les jours qui suivent, jusqu'à atteindre un *fastigium* élevé où elle se maintient, simulant ainsi la période d'invasion du premier septenaire. Dans le premier cas la langue est rôtie, les lèvres fuligineu-

ses (observ. XXII); dans le second, la langue est seulement saburrale et rouge sur les bords (observ. XXI). Le pouls est à 90, 100, 110 et parfois on note son hypotension. Le ventre est ballonné, plus ou moins douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite. Il y a de la diarrhée, d'importance d'ailleurs variable, parfois de la diminution des urines. Si à ces signes s'ajoutent, comme cela est explicitement noté dans l'observation de M. Laignel-Lavastine (observ. XXI), une matité splénique perceptible et des taches rosées lenticulaires, ou de petites papules érythémateuses susceptibles de les simuler, le tableau, on le reconnaîtra, prête singulièrement à l'erreur.

Au point de vue du diagnostic, nous ne concluons donc pas, d'une façon aussi absolue que Guillemare, qu'il est relativement facile et que « dans la tuberculose aiguë péritonéale, le début est généralement moins brusque; l'ascension thermométrique du soir, quoique bien marquée, beaucoup moins évidente; les facultés intellectuelles d'ordinaire mieux conservées; la diarrhée moins constante et souvent suivie immédiatement de constipation; la douleur abdominale plus vive souvent et moins bien localisée à l'hypochondre droit; la langue moins fuligineuse et moins tremblotante; les taches rosées lenticulaires excessivement rares. » Nous croyons que la difficulté du diagnostic varie suivant les cas et que, pendant un temps plus ou moins long, jusqu'à ce que l'évolution vienne affirmer la tuberculose, « celui de fièvre typhoïde peut paraître de plus en plus probable » (Laignel-Lavastine).

La séro-réaction de Widal peut-elle trancher la question? Guillemare l'a pensé, mais Chofardet remarque que le diagnostic n'est vraiment douteux qu'au début de la fièvre typhoïde, au moment où ce signe est encore absent.

CHAPITRE III

DONNÉES ÉTIOLOGIQUES ANATOMO-PATHOLOGIQUES ET PATHOGÉNIQUES

Il ne saurait être de notre intention de faire entrer dans le cadre bien précis que nous avons assigné au présent travail l'étiologie, l'anatomie pathologique et la pathogénie tout entières de la péritonite tuberculeuse : Nous devons cependant envisager rapidement à ce triple point de vue ce qui concerne spécialement les débuts brusques que nous étudions.

Tout d'abord quelle est la fréquence tant globale que relative de ces débuts ? — Pour certains, — tels le début simulant la perforation par ulcère du duodénum ou par fièvre typhoïde, le début simulant des accidents péritonéaux au cours d'affections utéro-annexielles, le début simulant l'hématocèle péri-utérine, il est impossible de se prononcer, eu égard à la pénurie de documents publiés. Nous pensons cependant que le nombre d'observations de cet ordre serait susceptible de s'accroître, si l'attention des observateurs était attirée vers ces faits.

En ce qui concerne le début simulant la fièvre typhoïde, nous aboutissons à des conclusions analogues, les cas étudiés par les auteurs ayant trait surtout à la granulie généralisée.

Connus par un bien plus grand nombre d'observations sont les débuts simulant l'appendicite et l'occlusion intestinale, les accidents péritonéaux dus à une salpingite. Pourtant, dans les travaux d'ensemble qui leur sont consacrés, nous chercherions en vain des renseignements sur le point particulier qui nous occupe. C'est seulement dans la statistique de l'hôpital John Hopkins de Baltimore que nous trouvons le document suivant : Sur 150 cas de péritonite tuberculeuse traités, 4 prirent le masque de l'appendicite, soit donc une proportion de 2,66 0/0 ; 18 le masque d'un pyosalpinx, soit 12 0/0. Dans deux cas les symptômes qui ouvrirent la scène furent ceux d'une occlusion aiguë ; mais ici la statistique ne distingue point entre l'occlusion vraie et la pseudo-occlusion paralytique. Cette distinction, nous la trouvons faite dans la thèse de Merry où, sur 17 cas de débuts simulant l'occlusion, cet auteur en note 3 seulement de pseudo-occlusion paralytique.

A quelle forme anatomique les débuts aigus ou suraigus simulant diverses affections abdominales répondent-ils ? On pourrait croire *à priori* qu'il s'agit toujours de la forme aiguë miliaire et telle est bien l'opinion de M. Lœper, dans le *Manuel des maladies du tube digestif* de Debove, Achard et Castaigne, où il les décrit seulement à propos de cette forme. S'il en est le plus souvent ainsi, l'examen des observations publiées nous a

cependant convaincu que ce n'est point une règle absolue.

Ainsi dans le cas de début simulant l'appendicite avec péritonite localisée et suppuration circonscrite que nous avons emprunté à la thèse de Sotty (observ. VI) on trouva, au cours de trois interventions successives, « des adhérences simulant une collection » et « un paquet d'anses intestinales agglomérées » ; et dans le cas de début simulant l'appendicite simple publié par Villemin (observ. IX) « des adhérences soudant les anses intestinales entre elles ; la cavité péritonéale cloisonnée et contenant des petits kystes à contenu clair et transparent et des ganglions caséeux. » Ainsi encore dans l'observation de Merry concernant un début simulant l'hématocèle péri-utérine (observ. XX) on lit ceci : « Le péritoine ouvert, on arrive sur l'épiploon qui est légèrement adhérent au péritoine pariétal. On continue l'ouverture par en bas et on trouve une poche contenant le contenu d'un œuf de liquide citrin. On trouve les anses très agglutinées ensemble... Au niveau du petit bassin, l'on voit de nombreuses anses intestinales adhérentes et épaissies. L'S iliaque adhère à la face postérieure de l'utérus... En palpant on découvre une énorme adénopathie mésentérique qui se prolonge dans tout le mésentère sous forme de ganglions tout à fait caractéristiques. » Ainsi enfin, à l'autopsie du malade de M. Laignel-Lavastine, dont l'affection avait simulé une fièvre typhoïde (observ. XXI) « on trouve des gâteaux péritonéaux. Les anses intestinales adhèrent à la paroi abdominale et entre elles par des fausses membranes épaisses, jaunes,

vertes, rougeâtres, dures, circonscrivant des abcès remplis de liquide rougeâtre. Une véritable éruption de tubercules existe à la face interne des parois abdominales et sur les intestins. On note de la périsplénite et de la périhépatite qui unissent rate et foie au gâteau intestinal. »

Ce sont, dans tous ces cas, on le voit, lésions ulcéro-caséeuses nettement caractérisées.

Il est vrai que parfois ces lésions peuvent coexister avec des granulations miliaires. Ainsi dans une observation de M. Boursier (1), début simulant une salpingite aiguë, on trouve à l'opération « un péritoine très épais, fibreux, très adhérent aux autres plans de la paroi. Ce péritoine incisé, il s'écoule une assez grande quantité de liquide ascitique brunâtre. On aperçoit alors une masse volumineuse, médiane, formée par des intestins agglomérés par des adhérences anciennes et résistantes, et parsemés de granulations miliaires. Le petit bassin est rempli par une volumineuse masse, irrégulièrement arrondie, formée par l'utérus, auquel sont accolées deux tumeurs annexielles irrégulières et bosselées, et qui sont également recouvertes de nombreuses granulations miliaires. » De même dans un cas de péritonite tuberculeuse prise pour une appendicite, M. Brun (2) découvre à l'opération que « péritoine pariétal et viscéral étaient couvertes de granulations miliaires ; mais à côté de ces lésions récentes et évidem-

1. BOURSIER. *Journal de médecine de Bordeaux*, 20 sept. 1903.

2. BRUN. *Société de chirurgie*. Séance du 23 novembre 1898.

ment cause des accidents aigus, il existait des masses caséuses disséminées, unissant l'épiploon à l'intestin et les anses intestinales entre elles. »

Que dans ces cas, où il y a coexistence de lésions ulcéro-caséuses et de granulations miliaires, on admette avec M. Brun une poussée granulique aiguë donnant lieu aux symptômes brusques observés au cours d'une péritonite chronique jusqu'alors latente, rien ne nous semble plus légitime. Mais dans les cas dont nous parlions plus haut rien de semblable n'est noté ; la constatation de granulations miliaires fait absolument défaut. Faut-il croire à une insuffisance des observations ? Pour notre part, il nous paraît tout aussi admissible que des lésions purement ulcéro-caséuses (ou peut-être parfois fibro-adhésives), restent latentes jusqu'au moment où leur extension progressive, par suite de quelque disposition particulière, se traduise par des accidents aigus.

Enfin, quelle que soit la nature des lésions, sont-elles susceptibles de rendre compte, par suite de localisations variables suivant les cas, des divers syndromes observés ? M. Lœper, qui croit à des lésions granuliques constantes, distingue :

1° Les cas où « ces granulations sont disséminées sur toute la surface de la séreuse et donnent à l'évolution clinique l'allure de la péritonite purulente aiguë non tuberculeuse, de la fièvre typhoïde, de l'occlusion intestinale » ;

2° Les cas où « ces granulations sont localisées autour d'un organe abdominal et donnent naissance à des accidents qui simulent une affection de cet organe, par

exemple la granulie péri-appendiculaire simulant l'appendicite. »

Cette distinction nous paraît très satisfaisante pour l'esprit et, comme elle nous semble bien répondre, d'autre part, aux lésions rapportées dans mainte observation, nous l'admettons volontiers, avec cette réserve toutefois que souvent, dans les cas simulant une affection d'un organe, il n'y a pas localisation, mais seulement prédominance des lésions péritonéales dans la région que cet organe occupe. Ceci est vrai surtout dans les cas simulant une appendicite ; mais aussi dans ceux simulant une salpingite.

Une question plus délicate est de savoir si ces lésions péritonéales autour d'un organe sont suffisantes pour que le tableau clinique simule une affection propre de cet organe, ou s'il ne faut pas qu'il soit lui-même atteint. En ce qui concerne l'appendice, il est certain que dans diverses observations il est nettement noté comme malade, par exemple dans un cas de M. Moizard (1), où « il avait la forme d'un battant de cloche ; la partie voisine du cæcum était de forme et de calibre normal ; l'autre, terminale, renflée en massue, rouge, présentant à sa surface quelques granulations tuberculeuses. L'examen histologique confirma le diagnostic ». Mais dans d'autres il fut trouvé sain, macroscopiquement et même histologiquement. Aussi nous rallions-nous complètement, en ce qui concerne la péritonite tuberculeuse à début simulant l'appendicite à l'opinion de

1. MOIZARD. *Journal des Praticiens*, 7 août 1900.

MM. Tripier et Paviot (1), que Sotty rappelle dans sa thèse: « Tout foyer inflammatoire sur un point de la cavité abdominale, donnant lieu à une péritonite susceptible de s'étendre jusqu'à la région ileo-cæcale, pourra engendrer une crise semblable à celle qui a pour origine une lésion de l'appendice. » Pour ce qui est des annexes, nos conclusions sont absolument les mêmes ; et, si les lésions y sont fréquemment notées, il est des cas cependant, tel celui de Merry, que nous reproduisons (observ. XVII) où ils paraissent absolument normaux. Aussi pensons-nous avec Boursier (2) et quelques auteurs que si, dans la plupart des cas, il ne peut être douteux que la péritonite tuberculeuse soit secondaire à l'annexite dans quelques-uns (grosses lésions péritonéales, avec peu ou pas de lésions annexielles), il est très possible que ce soit la péritonite qui soit primitive et l'annexite secondaire.

Enfin nous ne saurions terminer ce chapitre sans noter encore, à propos du cas particulier de pseudo-occlusion paralytique, l'intéressante explication pathogénique qu'en fournit Johnson, dans une des observations annexées à ce travail (observ. XVI) : thrombose par les dépôts tuberculeux d'une veine intestinale ; congestion et œdème de l'anse intestinale correspondante ; paralysie temporaire de cette anse. Avec le rétablissement de la circulation par les voies collatérales, reprise du pouvoir péristaltique.

1. TRIPIER ET PAVIOT, *Archives générales de médecine*, juillet 1899.

2. BOURSIER, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 20 sept. 1903.

Simulant ou non une affection classée, il nous faut maintenant nous demander si ces débuts, aigus ou suraigus, de la péritonite tuberculeuse ne doivent pas pouvoir, dans certains cas au moins, être rapportés à leur cause réelle. A propos de chacun des tableaux cliniques que nous avons présentés, nous avons montré combien en réalité ont peu d'importance le plus souvent certaines nuances symptomatiques de l'état actuel. Aussi nous rallierons-nous pleinement à l'opinion de Merry qui croit impossible, d'une façon générale, de fonder sur ces nuances un diagnostic ; exception faite cependant pour les cas où la perception d'un gâteau péritonéal, d'une ascite, seraient des signes excellents de présomption, sinon de certitude. Mais sur de tels signes, il ne faut pas compter.

Accorderons-nous plus d'importance aux antécédents héréditaires et surtout personnels, quand ils existent ? Évidemment ils sont signalés dans un certain nombre d'observations : parents ou époux tuberculeux, tuberculose personnelle d'organes divers et surtout douleurs abdominales, alternatives de diarrhée ou de constipation ayant existé dans les années ou les mois précédents. Mais véritablement, en présence d'accidents bruyants et alarmants comme ceux que nous avons décrits, peut-on accorder une importance bien grande à ces antécédents plus ou moins vagues et qu'au surplus, à cause de l'état du malade, il est souvent difficile de lui faire préciser ?

En reconnaissant que le diagnostic est presque toujours impossible, Merry fait pourtant une restriction.

Il l'est, dit-il, « en attendant qu'on ait trouvé des moyens d'exploration nouveaux ».

Ces moyens, nous sommes en droit de nous demander si les procédés de cuti-réaction et d'ophtalmo-réaction récemment découverts ne seraient pas à même de nous les fournir. Malheureusement nous ne pouvons personnellement résoudre la question, n'ayant jamais eu l'occasion jusqu'ici d'appliquer ces méthodes aux cas qui nous occupent. En tous cas, eu égard aux nombreux mécomptes qu'elles ont fournis chez l'adulte, nous pensons qu'il serait bien inutile de les tenter chez lui. Une observation de MM. E. de Massary et Pierre Weil ne nous montre-t-elle pas que, même dans un cas de péritonite tuberculeuse chronique, affirmée par l'examen clinique et confirmée par l'autopsie, l'ophtalmo-réaction s'est montrée trois fois négative, bien que le malade ne fût pas encore cachectique (1)? Chez l'enfant au contraire, où ces épreuves ont, d'après les recherches de plusieurs médecins pédiâtres, une tout autre exactitude, il nous semble qu'il serait tout à fait rationnel de les appliquer, le cas échéant, à ces débuts brusques simulant diverses affections abdominales, toutes les fois que les moindres réserves pourraient être formulées au point de vue du diagnostic. L'oph-

1. E. DE MASSARY et PIERRE WEIL. Soixante-dix cas d'ophtalmo-réaction chez l'adulte. *Soc. médic. des hôpitaux*. Séance du 29 nov. 1907, p. 1323 du bulletin.

2. COMBY. Ophtalmo-réaction tuberculeuse chez les enfants. *Soc. médic. des hôpitaux*. Séances du 12 et du 19 juillet 1907, p. 769 et 830 du bulletin.

talmo-réaction a déjà été d'ailleurs positive dans deux cas de péritonite tuberculeuse chronique publiés par M. Comby (2) et qu'il nous paraît indiqué de reproduire ici.

OBSERVATION I. — M... Irène, âgée de 13 ans 1/2, entrée à l'hôpital il y a quelques mois pour une pleuro-péritonite tuberculeuse ; elle a été traitée par les injections de sérum antituberculeux de MM. Lannelongue et Achard. Le 6 juillet 1907, instillation d'une goutte de tuberculine dans l'œil gauche. Réaction lente, non constatée le soir à la contre-visite. Le lendemain, 7 juillet, on note la rougeur de la conjonctive palpébrale et oculaire avec saillie de la caroncule, sans écoulement. Le 8, la réaction persiste en s'atténuant. Les jours suivants, elle est encore visible par comparaison avec l'œil sain.

OBSERVATION II. — M... Blanche, âgée de 13 ans, entre à l'hôpital le 12 juillet 1907 pour une péritonite tuberculeuse. Le 18 juillet, instillation dans l'œil droit d'une goutte de tuberculine Calmette à 1/200. Après neuf heures, petite réaction constatée par M. David à la visite du soir. Forte réaction vingt-quatre heures après.

Mais on pourrait objecter que l'acuité des accidents et surtout l'hyperthermie fréquente dans les cas qui nous occupent sont peut-être susceptibles, d'empêcher la réaction de se produire. Cette objection n'est pas valable, si on s'en rapporte aux conclusions de M. Comby, pour qui « l'ophtalmo-réaction est un procédé absolument sûr de dépistage de la tuberculose... est applicable à

tous les cas, fébriles ou non, médicaux ou chirurgicaux... et n'est influencé par aucun phénomène d'ordre général » (1). Une observation de cet auteur nous fournirait même un exemple incontestable de l'application de la méthode aux cas que nous étudions, si un protocole d'intervention ou d'autopsie était venu en confirmer les résultats positifs.

OBSERVATION III. — L... Lucie, âgée de 11 ans 1/2, entre à l'hôpital le 9 juillet 1907 pour une péritonite appendiculaire ; le 13, oculo-réaction (œil gauche) à 1 0 0. Le lendemain belle réaction avec sécrétion muco-purulente qui a persisté quatre jours.

Quoi qu'il en soit de l'avenir que peut avoir l'application de ces méthodes nouvelles de diagnostic aux faits que nous étudions, il est tout au moins une conclusion qui dès à présent s'impose : c'est qu'elles ne seront jamais applicables qu'aux cas simplement aigus, susceptibles d'attendre l'intervention vingt-quatre heures, et non aux cas suraigus, commandant une intervention immédiate.

1. COMBY, *Loc. cit.*

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

En présence de ces débuts aigus et suraigus, à forme d'affections abdominales diverses, que nous venons d'étudier, on n'a pas le plus souvent, comme cela peut être de mise quand il s'agit d'une péritonite tuberculeuse ordinaire dûment diagnostiquée, à se demander s'il convient ou non d'opérer. Presque toujours, nous l'avons vu, on ne peut même pas songer au diagnostic véritable ; et, comme l'affection simulée est au premier chef passible d'une intervention immédiate, — exception faite toutefois pour les débuts simulant la fièvre typhoïde, l'appendicite simple, voire certaines salpingites, — la conduite à tenir ne se discute pas ; elle s'impose. Nous n'avons donc qu'à nous demander quel est le résultat de ces interventions.

Or, l'on peut s'en convaincre facilement à la lecture des résultats publiés, elles sont très souvent favorables. Après la laparotomie simple (car, sitôt reconnue la nature des lésions, le chirurgien naturellement referme

le ventre), la guérison est fréquente et *fréquemment* définitive.

Aussi, en présence de ces résultats et sachant combien une péritonite tuberculeuse a peu de chances, quelle que soit sa forme, de guérir spontanément, pensons-nous qu'il conviendrait encore d'intervenir, le cas échéant, alors même qu'un doute planerait sur le diagnostic, alors même que celui de tuberculose pourrait s'imposer.

OBSERVATIONS

I. — Début simulant la péritonite purulente aiguë franche d'origine indéterminée ou traumatique.

Observation I

(BRUN. — *Société de chirurgie. Séance du 23 novembre 1898.*

... Jeune garçon de 6 à 7 ans qui était entré à l'hôpital, dans un service de médecine, présentant les signes habituels d'une péritonite aiguë à localisation surtout sous-hépatique. Les accidents étaient survenus après une chute, dans laquelle le flanc droit avait été violemment contusionné par une rampe d'escalier et lorsque je vis le malade, je pensai à une déchirure hépatique et à une péritonite consécutive. J'émis dès ce moment l'opinion qu'une intervention chirurgicale serait nécessaire, mais la température s'étant abaissée quelque peu, cette intervention fut différée et je ne la pratiquai que dix jours environ après le début de la maladie.

L'ouverture du ventre, que je fis sur le bord interne du muscle droit du côté droit, me montra un péritoine viscéral et pariétal couvert d'une quantité infime de granulations miliaires. J'évacuai 1 litre de liquide ascitique et, après avoir touché la

surface péritonéale malade avec des tampons imbibés de naphтол camphré, je refermai le ventre. Dès le lendemain de mon opération, la température devint et resta normale et, un mois après, l'enfant était en état de partir en convalescence à Forges.

J'ajoute que cette amélioration n'a pas été passagère : j'ai revu mon petit opéré cette année même, quatre ans après mon opération, et son état, aussi bien local que général, était absolument satisfaisant.

Observation II

(SOTTY. *Thèse de Lyon, 1901. Observation VIII, communiquée par M. TIXIER, chirurgien des hôpitaux de Lyon.*)

Henriette X..., 33 ans environ, domestique, a toujours joui d'une excellente santé. Aucune affection antérieure grave. Mariée elle est mère de deux enfants qui se portent très bien. Ses parents vivent encore et sont d'une très bonne santé.

Au mois d'avril 1892, la malade est prise brusquement, en pleine santé, de douleurs abdominales intenses. La menstruation toujours régulière venait de s'arrêter brusquement, car la malade était en période cataméniale au moment du début de son affection. Vomissements immédiats, intenses et répétés. Météorisme rapide. Douleurs extrêmement vives surtout dans le pelvis; pas de localisation dans une des fosses iliaques. Pas de température.

Immédiatement la malade est examinée. En raison de la coïncidence de la suspension des règles et de phénomènes péritonéaux, on pense à une hématocele rétro-utérine. Mais l'examen par le toucher vaginal ne donne aucune sensation nette. Le diagnostic reste en suspens. La malade est alors conduite à l'hôpital

de la Croix-Rousse, où elle entre salle Sainte-Clotilde, dans le service de M. Josserand ; elle est couchée au n° 34.

Le lendemain de son entrée, les phénomènes généraux sont les mêmes : abattement extrême, faciès franchement péritonéal, vomissements incessants, absence de selles et de gaz. La température s'élève rapidement à 39° au minimum. Il y a des signes de péritonite généralisée : sensibilité extrême de tout l'abdomen, distension des anses intestinales. Rien de précis à l'examen local, ni au niveau de l'appendice, ni au niveau des organes génitaux. Expectation, glace sur le ventre, morphine, diète absolue. Les jours suivants, l'état alla constamment en empirant et, trois ou quatre jours après l'entrée de la malade, on discuta une intervention chirurgicale, alors qu'aucun diagnostic étiologique de cette péritonite n'était formulé. La malade est conduite dans le service de M. Gangolphe. Mais l'état général est tellement mauvais, le pouls tellement petit et rapide et les chances à faire courir à la malade sont si minimes que le chirurgien n'ose pas tenter une incision du ventre.

On continue le traitement par la glace, le champagne et l'opium. Pendant quinze jours au moins, l'état reste extrêmement grave, le météorisme de l'abdomen est énorme et les signes de péritonite sont aussi aigus. La température oscille toujours autour de 39° à 40°. Il y eut bientôt, du côté des poumons, des signes d'abord de congestion pulmonaire, puis de broncho-pneumonie à noyaux multiples ; cette broncho-pneumonie évolua d'une façon bâtarde ; pas d'hémoptysie ; pas de signes de ramollissement.

Cet état resta stationnaire pendant près d'un mois, puis peu à peu les phénomènes péritonéaux s'amendèrent et il ne persista que les signes pulmonaires qui, eux aussi, allèrent rapide-

ment en décroissant d'intensité. La malade put peu à peu s'alimenter et l'amaigrissement qui était extrême se modifia avantageusement.

Mais la convalescence fut très longue et c'est seulement au bout de deux mois que l'on put être assuré de la guérison de la maladie. Au moment où la malade quitta l'hôpital, on ne constatait dans l'abdomen aucun signe d'induration localisée, ni par le palper hypogastrique, ni par le toucher vaginal. La malade partit chez elle à la campagne. Il fut donné à M. Tixier d'être au courant des incidents de sa convalescence. Pendant huit à neuf mois, persistance de quelques douleurs abdominales, vagues sensations de tiraillement, constipation, quelques troubles de menstruation ; mais l'état général redevint peu à peu florissant, la malade engraisa énormément ; elle prenait de l'huile de foie de morue. Puis tout à coup apparut, sur l'avant-bras gauche, une sorte d'ulcération chronique qui s'étendit peu à peu en larges plaques séparées par des espaces de peau saine, et c'est, ennuyée par cette affection cutanée, que la malade revint se faire examiner par M. Tixier à l'Hôtel-Dieu en 1894.

Du côté de l'abdomen on ne constata aucune lésion, mais, au niveau de l'avant-bras, il fut facile de reconnaître l'existence d'une tuberculose ulcéro-gommeuse avec quelques gommès suppurées. Sous anesthésie M. Tixier pratique un curettage énergique des ulcérations et une ouverture large des gommès ramollies. Cautérisation au fer rouge, énucléation rapide et limitation de la tuberculose à quelques petites régions de l'avant-bras gauche. Celle-ci n'est pas encore complètement éteinte, mais l'état général est excellent, la femme ne souffre plus du ventre et sa menstruation est régulière. Son mari étant mort

dans les mois qui suivirent son séjour à l'hôpital, elle s'est remariée depuis deux ou trois ans.

Observation III

(ALDIBERT. Thèse de Paris, 1891.)

La nommée L. Guéguen, âgée de 11 ans, entre le 7 avril 1891, salle Sainte-Berthe, n° 8.

A eu une tante qui a été atteinte de péritonite tuberculeuse. D'une bonne santé habituelle, elle a été prise le 25 mars dernier de douleurs vives dans le ventre, avec pertes des forces, abattement et amaigrissement rapide. Vers le 1^{er} avril, le ventre commença à augmenter de volume.

État à son entrée, le 7 avril : Facies franchement péritonéal, yeux excavés, traits tirés, nez pincé, etc., ventre ballonné, tendu, mais indolent ; léger degré d'ascite. Les veines sous-cutanées sont très distendues ; la cicatrice ombilicale fait une saillie notable. Inappétence, pas de vomissements, mais diarrhée assez abondante. Fièvre intense : température 39°5 le matin et 40° le soir. Pas de symptômes pulmonaires. Traitement : ponctions avec pommade résolutive et cataplasme.

16 avril. — Pas de changement jusqu'à ce matin où il s'est produit un vomissement bilieux. Potion de Rivière, glace.

Le 17. — Vomissements porracés incoercibles : agitation extrême, facies très altéré. Le pourtour de la cicatrice ombilicale, et celle-ci, ont pris une coloration rougeâtre.

Le 19. — La coloration rouge est devenue plus intense comme si le péritoine contenait une collection purulente prête à s'ouvrir une issue. L'ascite qui nous semble avoir subi la transfor-

mation purulente a augmenté. L'état général s'est encore aggravé et la mort paraît peu éloignée. Température 40°.

Anesthésie chloroformique. Lavage antiseptique soigné de la région hypogastrique. Incision, en ce point, de 6 centimètres : épaisseur considérable du péritoine pariétal. Issue de plusieurs litres de liquide absolument citrin, mais dans lequel flottent quelques fausses membranes.

Le péritoine viscéral ainsi que le pariétal sont criblés de granulations tuberculeuses : l'épiploon est rétracté dans la région épigastrique : toutes les anses intestinales sont adhérentes entre elles et forment un gâteau flottant au-dessus du liquide qui remplit la totalité du petit bassin et une partie du grand.

Après évacuation du liquide, lavage complet et prolongé de la cavité péritonéale avec de l'eau filtrée et bouillie, puis avec une solution phéniquée au centième, que nous faisons arriver dans tous ses recoins à l'aide d'une longue canule en verre. Avec des éponges artificielles nous enlevons le liquide d'injection, qui reste dans le pelvis et essuyons en même temps quelques anses intestinales, mais nous n'insistons pas car il n'y a que quelques fausses membranes de minimes dimensions. Suture en étages de la paroi abdominale. Pansement iodoformé.

Le 20. — Nuit calme et bonne ; facies meilleur ce matin : « je me trouve bien », dit l'enfant.

Le 21. — Dans la soirée d'hier l'agitation a repris : douleurs abdominales, surtout hypogastriques arrachant, des plaintes incessantes à la malade, malgré la glace sur le ventre. Température le soir 41°.

Le 22. — Mort vers la fin de la journée dans le collapsus. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

II. — Début simulant l'appendicite.

(Le nombre d'observations de cet ordre qui a été publié étant déjà considérable, nous avons jugé superflu de les reproduire toutes ou même d'en reproduire un grand nombre. On trouvera la plupart d'entre elles dans les thèses de Chofardet, Rousseau, Sotty et Merry. Il nous a paru suffisant d'en choisir quelques-unes, répondant aux différents types que nous avons décrits.)

α). — *Début simulant l'appendicite avec péritonite généralisée.*

Observation IV

(SOTTY. *Thèse de Lyon*, 1901. *Observation I.*)

Dans la nuit du 15 juin, deux de mes confrères m'avaient envoyé, à l'hôpital, un jeune homme de 18 ans, qui, au dire de son père, n'avait jamais été malade et qui appartenait à une famille saine et robuste. Il avait été saisi soudainement, il y avait à peine quarante-huit heures, d'une forte douleur à la fosse iliaque droite avec vomissements.

Son état général était très mauvais; les extrémités froides; le pouls fréquent et filiforme n'était perçu qu'avec beaucoup de difficultés. Langue sèche, fièvre à 39°5, ventre peu ballonné et presque insensible à la pression. Pas d'empatement dans la fosse iliaque droite.

Comme les vomissements continuaient et que, depuis qua-

rante-huit heures, il n'y avait pas eu de selles, et que l'état général empirait, nous conclûmes au diagnostic d'occlusion intestinale et nous procédâmes de bon matin à la laparotomie, en présence de nos collègues de l'hôpital. Le ventre à peine ouvert nous constatâmes que le péritoine, la masse intestinale et l'épiploon étaient couverts en abondance de granulations tuberculeuses. Le ventre ne contenait pas de liquide.

Nous nous bornâmes à un simple lavage de la cavité abdominale, avec une solution d'acide borique à 3 0/0 et nous refermâmes le ventre.

Pendant tout le temps de l'opération, on injecta au malade du sérum artificiel en abondance (1.200 gr.).

Le soir, la température avait baissé à 38°5. Les vomissements avaient cessé; le pouls devenait un peu meilleur, et dans la nuit il y eut une évacuation.

Le lendemain, l'amélioration devenait plus sensible; température 36°8; pouls 120; pas de vomissements.

Les jours suivants, l'état du malade progressait sensiblement. Le pouls devenait normal; les fonctions digestives furent complètement rétablies. Le dixième jour, il put se lever et quelque temps après il quitta l'hôpital guéri.

Observation V

(LEJARS. Société de chirurgie. Séance du 15 juin 1898.)

Il s'agit d'une femme de 40 ans, journalière, qui était entrée en mars 1896, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Dalché, pour des accidents péritonéaux graves, qui paraissaient d'origine appendiculaire.

Le 27 mars, notre collègue voulût bien nous la montrer. Très pâle, les traits tirés, elle se présentait alors sous un aspect général des plus inquiétants. L'affection avait débuté brusquement quatre ou cinq jours auparavant par des douleurs et des vomissements, et il était impossible de rien retrouver de notable dans l'histoire antérieure de la malade, au moins telle qu'elle la racontait. Les vomissements avaient continué ; ils étaient fréquents, verdâtres, sinon nettement porracés ; la constipation était opiniâtre, sans qu'il y eût d'arrêt stercoral proprement dit ; de fait, les émissions gazeuses persistaient et les lavements ramenaient quelques matières durcies.

Quand je vis la malade, elle paraissait en pleine péritonite ; le ventre était très ballonné, douloureux sur toute sa surface, mais surtout dans la fosse iliaque droite, où la palpation que cette douleur rendait du reste fort malaisée, décelait une sorte de masse profonde, mal dessinée, mais dont la consistance paraissait trancher avec la tension des régions limitrophes. La langue était sèche, le pouls à 128, petit, la température de 38°5, le facies très mauvais.

Le diagnostic d'appendicite compliquée de péritonite généralisée nous sembla s'imposer et notre pronostic fut des plus réservés. Toutefois une intervention était urgente. Elle fut pratiquée quelques heures plus tard, dans l'après-midi.

Sous l'éther, la masse que l'on sentait dans la fosse iliaque droite ne devint pas plus nette, mais on y retrouva une tension plus grande, et peut-être une vague fluctuation ; en somme, la sensation était celle que l'on a souvent lors d'appendicite sans foyer circonscrit.

Je fis l'incision iliaque ordinaire : les différentes couches de la paroi se montrèrent avec leur aspect normal ; le péritoine

incisé, il ne s'écoula aucune espèce de liquide, et j'arrivai tout de suite sur le cæcum et l'appendice. Ce dernier était recouvert et entouré d'une série de granulations miliaries, qui me firent penser immédiatement à la tuberculose. Sur le cæcum, amené au dehors, je constatai le même semis granuleux ; et l'épiploon, attiré à son tour, en était lui-même couvert. Le diagnostic de granulie péritonéale me parut dès lors évident, et je me contentai d'exciser un petit fragment d'épiploon pour l'examen microscopique. La plaie fut refermée suivant le mode ordinaire.

Je m'attendais à voir succomber la malade, et c'était sans grand espoir que je lui fis faire d'abondantes injections sous-cutanées de sérum artificiel. Pourtant le lendemain, je la retrouvais dans une situation plutôt meilleure : elle n'avait que très peu vomi, la température restait à 38°, le pouls était meilleur.

Cette atténuation des accidents se poursuivit et s'accrut les jours suivants, l'appétit reparut, les douleurs cessèrent en grande partie, le facies redevint presque bon. La plaie iliaque s'était réunie sans incident.

Dans le mois qui suivit, quelques poussées nouvelles se reproduisirent, se traduisant par une ascension thermique et quelques vomissements. Puis le calme se fit et, au bout de trois mois, l'amélioration était assez notable pour que la malade pût quitter l'hôpital.

6). — *Début simulant l'appendicite avec péritonite localisée et suppuration circonscrite.*

Observation VI

(SOTTY. Thèse de Lyon, 1901, Observation XIX.)

B... Clotilde âgée de 8 ans, entrée le 8 novembre 1897, à la Charité, dans le service de M. Nové-Josserrand.

Frère mort de broncho-pneumonie diphtérique ; elle-même toussait fréquemment, est sujette aux rhumes, aux bronchites.

17 novembre. — Début brusque : l'enfant est prise subitement de vomissements verdâtres, douleurs dans le bas-ventre allant en augmentant.

18 novembre. — La malade entre dans le service.

A l'entrée, température : 38°,2, pouls : 130. La respiration est assez libre : le diaphragme est mobile. La constipation est opiniâtre depuis la veille, 17 novembre.

À la palpation, douleur assez vive dans la fosse iliaque droite ; on constate, outre ce météorisme, une zone d'empâtement très nette au niveau du cæcum et de l'appendice ; la pression à ce niveau est douloureuse ; pas de signe de péritonite généralisée.

19 novembre. — Pouls : 130 ; urines de douze heures : 150 grammes. Respiration assez libre. Température : 38°. La région est toujours douloureuse et empâtée. La constipation dure toujours. La malade vomit le matin un liquide bilieux à la suite d'ingestion de lait ; régurgitations fréquentes ; les vomissements reparaissent fréquents ; la constipation se prolonge.

Traitement. — Vessie de glace, lait glacé, champagne.

20 novembre. — Urines de vingt-quatre heures : 200 gram-

mes; pouls petit : 135 à 140; température : 38°. Langue sèche. On sent nettement une tuméfaction dans la région précitée.

21 novembre. — Les vomissements sont beaucoup moins nombreux : deux dans la journée. Selle légère. Température le soir 37°8. Pouls : 120. Langue moins sèche. On sent toujours un empâtement diffus de la fosse iliaque droite.

22 novembre. — Pouls : 120; deux ou trois vomissements dans la nuit; ventre moins ballonné; la constipation se prolonge. Température : 37°8; bonne langue. L'empâtement s'est étendu à gauche et occupe maintenant presque toute la région sous-ombilicale jusqu'au pubis.

23 novembre. — Température : 37°8. L'empâtement a presque disparu à gauche et s'est étendu et occupe maintenant presque toute la région sous-ombilicale jusqu'au pubis.

24 novembre. — Température : 37°8. L'empâtement a presque disparu à gauche et s'est étendu à droite. On continue le traitement consistant en applications de vessies glacées, boissons glacées, lait. Les jours suivants, l'empâtement s'est réduit de plus en plus.

27 novembre. — Température du matin : 38°. La malade est prise de coliques violentes; les vomissements reparaissent brusquement, fréquents et biliaires. Défécation de glaires. Développement rapide d'un nouvel empâtement qui occupe surtout la région sus-pubienne et s'étend à gauche.

28 novembre. — La malade a eu encore quelques coliques; elle continue encore à faire des glaires. La tuméfaction, sensible au palper, a notablement augmenté; elle occupe, maintenant, toute la région hypogastrique, mais reste plus saillante à gauche. On a à ce niveau une fluctuation très nette.

Au toucher rectal, on sent une grosse masse qui communique nettement avec la tuméfaction antérieure.

M. Nové-Josserand fait le diagnostic d'appendicite aiguë et décide l'intervention. Laparotomie médiane sous-ombilicale, le péritoine ouvert, l'incision conduit dans la grande cavité péritonéale que l'on explore avec le doigt. On sent immédiatement au-dessous des adhérences limitant une collection. On ferme alors le péritoine pariétal avec trois points de suture; puis on ouvre plus bas, et on évacue une très volumineuse collection de pus, presque un litre ou trois quarts de litre. On fait le drainage avec un drain en canon de fusil, et on rétrécit par le haut la plaie opératoire.

Le soir de l'opération, température : 38,8 pouls : 135.

1^{er} décembre. — La température est revenue à la normale; l'enfant va bien, tout paraît en bonne voie de guérison.

9 décembre. — La température remonte au-dessus de 38°.

10 décembre. — La température atteint 39°.

La malade a eu un vomissement bilieux dans la journée; pouls : 120; quelques coliques dans la partie sus-ombilicale de l'abdomen.

13 décembre. — Le matin, température 38°, bonne nuit. A la palpation, on constate dans la fosse iliaque droite un empâtement qui remonte à peu près à l'ombilic, donnant une fluctuation nette.

M. Nové-Josserand juge une deuxième intervention nécessaire.

Incision vers le bord externe du muscle grand droit; ouverture d'une collection qui contient du pus franc, sans qu'on trouve aucune trace de matières intestinales; avec ce pus il sort une quantité considérable de gaz. Drainage.

14 décembre. — Température: 37°5. La malade va très bien.

17 décembre. — État toujours très satisfaisant.

18 décembre. — La malade est constipée; elle accuse quelques coliques.

Le 19 et les jours suivants, la constipation persiste malgré les lavements.

D'autre part, après un essai d'alimentation solide la malade se met à vomir; les vomissements d'abord porracés persistent pendant les jours suivants, abondants, à intervalles réguliers; ils deviennent fécaloïdes.

Le 24 décembre. — Depuis le 21 aucune selle ni gaz. Pas de signes de péritonite; le diaphragme joue bien; on voit et on sent par moments une anse intestinale distendue avec mouvements péristaltiques. M. Nové-Josserand fait le diagnostic d'occlusion intestinale à siège élevé.

25 décembre. — Intervention. On ouvre la paroi abdominale par une incision pratiquée au-dessus de l'ombilic sur une longueur de 6 ou 7 centimètres. On trouve d'abord une anse grêle très distendue et au-dessous des anses grêles absolument aplaties. En cherchant les connexions on voit que l'anse distendue est la première portion du jéjunum qui au bout de 25 à 30 centimètres s'enfonce dans un paquet d'anses intestinales agglomérées. Un essai de dégagement est inutile et dangereux; il y a sur l'intestin des adhérences et de petits noyaux blancs; les ganglions mésentériques sont engorgés. Établissement d'une fistule intestinale sur la partie la plus reculée de l'anse distendue.

Rétablissement du cours des matières les jours suivants, mais survient la cachexie et l'enfant emmenée chez elle succombe le 4 janvier.

γ). — *Début simulant l'appendicite simple,
congestive ou plastique.*

Observation VII

(SOTTY. Thèse de Lyon, 1901. Observation II)

X..., 22 ans, Sœur, entre salle Saint-Paul, n° 44, pour des coliques dans tout le ventre, à début brusque, plus marquées à droite dans la fosse iliaque.

En même temps vomissements et constipation. Cet état remonte à trois jours ; température 38°2 ; le pouls est bon, rapide ; la respiration n'est pas très accélérée. L'état général est bon. La malade a uriné. Depuis le début de la crise elle n'a vomi que quatre fois. Les douleurs surviennent avec des caractères paroxystiques ; le ventre est un peu ballonné, résistant partout. La douleur au point de Mac-Burney, est très nette et présente là son point maximum.

Interrogée au point de vue de ses antécédents, la malade raconte qu'elle a eu précédemment quatre crises analogues ayant duré de cinq à six heures à plusieurs jours. Ces crises se manifestaient par des douleurs dans tout le ventre, des vomissements et de la constipation. Aucun antécédent, tant pulmonaire que pleurétique.

Se basant sur ces anciennes crises et sur les symptômes observés actuellement, M. Jaboulay porte le diagnostic d'appendicite.

La température étant élevée, le facies et l'état général bons, la résistance dans la fosse iliaque n'étant pas marquée au point de simuler un plastron, on se décide à attendre, en plaçant de la glace sur le ventre.

L'amélioration consécutive n'est pas de longue durée, et même est douteuse ; les coliques persistent malgré la glace à l'extérieur, malgré le repos et le régime lacté. La nuit du surlendemain est mauvaise. Les douleurs ont réapparu plus vives, les vomissements sont survenus à deux reprises. L'intervention est décidée.

Incision latérale le long du bord externe du muscle grand droit. Le péritoine apparaît couvert de belles granulations, ces granulations existent tant sur le péritoine pariétal que sur le péritoine viscéral. On découvre l'appendice pour voir s'il est sain ou si au contraire il présente des lésions expliquant les phénomènes appendiculaires qui nous ont fait commettre une erreur de diagnostic. Cet appendice est facilement trouvé, il est volumineux, peut-être un peu turgescent, en tout cas parfaitement libre, et présente des granulations volumineuses, plus bourgeonnantes peut-être qu'ailleurs. M. Jaboulay croit cette intervention suffisante et pense qu'il est inutile d'enlever l'appendice. Suites opératoires simples.

Au huitième jour, on enlève les fils, la plaie abdominale est parfaitement cicatrisée par première intention.

Toutefois pendant les quinze jours que la malade est encore restée à l'hôpital, elle a traîné, les coliques ont persisté, elle a souffert dans les jambes et l'appétit n'a réapparu que vers les deux ou trois derniers jours.

Observation VIII

(MOIZARD, *Journal des praticiens*, 7 août 1900.)

Je montrai, il y a deux ans, à mon collègue Brun, un enfant qui avait été pris brusquement de douleurs de ventre du côté

droit avec vomissements. Tout d'abord j'avais songé à l'appendicite, mais la douleur était peu violente, son maximum était nettement à trois travers de doigt au-dessus du point de Mac Burney, la défense musculaire était peu marquée. Nous pûmes, au bout de quelques jours, éloigner toute idée d'appendicite et admettre que cet enfant, fils de tuberculeux et habitant une maison où plusieurs enfants avaient présenté d'autres manifestations bacillaires, avait un petit foyer de péritonite tuberculeuse.

Observation IX

(VILLEMIN. *Bulletin de la Société de pédiatrie* de Paris, 1904.
Séance du 21 juin 1904.)

Une fillette de onze ans est prise en novembre 1903 de douleurs abdominales à maximum dans la fosse iliaque droite, survenant par crises avec vomissements. Elle est admise dans un des services de médecine de l'hôpital Hérold, portée comme atteinte d'appendicite et soignée comme telle. On retrouve alors dans son passé qu'elle fut atteinte de pleurésie il y a deux ans, qu'elle eut par intervalles des poussées de douleurs abdominales avec vomissements, qu'elle fit un séjour de six mois à Hendaye.

L'enfant passe dans le service de chirurgie avec des températures oscillant pendant quelques jours autour de 38°, 38°5. Le 29 décembre, jugeant l'appendicite suffisamment refroidie, un des internes du service fait l'incision classique de Roux et tombe sur des adhérences soudant les anses intestinales entre elles ; la cavité péritonéale est cloisonnée, contient des petits kystes à contenu clair et transparent et des ganglions caséeux. Le dia-

gnostic étant rectifié dans le sens de péritonite tuberculeuse, le ventre est refermé et l'appendice laissé en place.

2) *Début simulant l'appendicite avec pleurésie
appendiculaire.*

Observation X

(*Inédite.* Communiquée par M. le Dr DALCHÉ,
médecin de l'hôpital de la Pitié.)

Une malade entre à l'hôpital de la Pitié, dans un des services de chirurgie, avec le diagnostic d'appendicite aiguë ; et ce diagnostic est confirmé par le chef de service. Des vessies de glace sont mises à demeure sur le ventre.

Au bout d'un ou deux jours se manifestent de la dyspnée, une douleur thoracique assez intense et, le troisième jour, la malade est passée dans mon service avec le diagnostic d'une pneumonie droite au début.

A l'examen, je constate surtout des signes de congestion pulmonaire, non seulement à la base droite, mais aussi à la gauche. Au bout de quelques jours les signes d'une pleurésie double à épanchement se sont nettement établis. En même temps le ventre demeure ballonné.

A partir de ce moment nous avons vu évoluer sous nos yeux une tuberculose pleuro-péritonéale de Fernet et Boulland absolument typique. Dans les derniers temps du séjour de la malade à l'hôpital elle se compliquait d'entérite tuberculeuse.

La malade est emmenée mourante.

III. — Début simulant la perforation intestinale.

Observation XI.

(W. GABEL, médecin militaire à Stolac, *Wiener medicinische Wochenschrift*, 23 septembre 1899. Traduction donnée par Rousseau dans sa thèse de 1901.

X... appartient à une famille bien portante. Ses parents et son seul frère (il n'a pas de sœur) vivent et sont en bonne santé. Lui-même avait toujours été bien portant, sauf un catarrhe gastro-intestinal deux ans auparavant, et se vantait avec raison d'être le plus fort, le plus vigoureux et le plus endurant de tous ses camarades. La cause de la maladie actuelle lui est complètement inconnue. Avant-hier encore, c'était en parfaite santé qu'il s'était rendu à sa besogne habituelle de jardinier ; il ne ressentait pas la moindre indisposition, c'est-à-dire le jour de son entrée à l'hôpital, il commença à ressentir de vagues douleurs dans le bas-ventre, douleurs qu'il attribue à une indisposition de l'intestin et qu'il estima devoir disparaître avec une diète plus sévère.

Le soir cependant n'apporta aucun adoucissement si bien que X... dut se coucher plus tôt. Après un sommeil troublé, X... fut réveillé le matin par des douleurs très vives dans le bas-ventre. Bientôt débutèrent des vomissements qui, se répétant avec une violence et une fréquence croissantes, amenèrent finalement le rejet d'une grande quantité d'espèces de petites glaires colorées en vert. En même temps perte des forces et sentiment de faiblesse telle que X... fut à peine en état de se lever quand il voulut aller aux cabinets. Là il eut deux selles liquides assez abondantes.

Les différents moyens qu'il employa pour calmer ses vomissements ne firent que les aggraver et il arriva que la douleur, d'abord très localisée, s'étendit à tout le bas-ventre. En même temps la chute des forces s'accentuait encore.

C'est dans cet état que X... fut conduit à l'hôpital, où le « status præsens » suivant fut recueilli. Cet homme d'une force au-dessus de la moyenne, vigoureusement charpenté et d'une musculature puissante, présente l'aspect d'un homme en état de vulgaire collapsus, les yeux enfoncés, les joues excavées, le nez et les extrémités froids, la parole comme brisée et sans force. X... n'a plus de pouls, est privé de connaissance.

Les pupilles, moyennement dilatées, assez larges, réagissent promptement à la lumière et à l'accommodation. La membrane pituitaire, les muqueuses des lèvres et de la bouche sont sèches et décolorées, surtout la muqueuse buccale, qui présente une surface absolument polie. Langue sèche. Respiration du type costal, très dyspnéique, superficielle. La percussion donne partout un son normal, sauf en arrière, du côté droit, où l'on peut constater un peu d'obscurité du son.

Aucun changement à l'auscultation, en dépit du trouble respiratoire, sinon qu'au niveau des parties à tonalité obscure le murmure vésiculaire est affaibli. Résultats normaux à la percussion du cœur et des gros vaisseaux. Bruits du cœur faibles, mais nets. L'abdomen était moyennement tendu, avec un ballonnement léger cependant dans le bas du ventre. En aucun endroit des mouvements péristaltiques n'étaient visibles. La palpation détermine des douleurs fortes dans la partie inférieure du ventre, un peu moindre dans les autres parties. Matité hépatique normale. Rate très hypertrophiée, accessible par la palpa-

tion. La percussion donne une matité complète dans les parties latérales de l'abdomen, du tympanisme partout ailleurs.

Les orifices inguinaux externes laissent entrer le doigt. Le toucher rectal ne dénote rien d'anormal. L'urine qui est émise librement ne contient aucun dépôt anormal ; spécialement elle ne contient pas d'indican. Il existe des vomissements ininterrompus qui par moment sont mêlés de glaires verdâtres à réaction acide dont l'odeur n'a rien de caractéristique.

En raison des symptômes on pouvait presque sûrement écarter un empoisonnement. De la sorte, pour expliquer le cas, on n'avait plus à considérer que deux hypothèses plausibles : celle d'une occlusion intestinale (y compris la partie tout inférieure de l'intestin) et celle d'une péritonite par perforation. Contre un volvulus des portions supérieures de l'intestin, parlait la localisation persistante de la douleur dans le bas-ventre ; contre le volvulus soi-disant plus fréquent des parties inférieures, cette donnée absolument sûre et parfaitement déterminée que X... avait eu le jour même deux selles abondantes. D'une façon générale le début trop rapide pour une manifestation péritonéale paraissait aussi parler contre le volvulus, quelle que fût d'ailleurs l'importance des symptômes d'occlusion, et l'absence de mouvements péristaltiques visibles pouvait aussi être interprétée dans le sens précité.

Parmi les différents processus pathologiques abdominaux autour desquels on pourrait grouper les symptômes énumérés plus haut, on pouvait encore éliminer à coup sûr l'ulcère rond de l'estomac ou du duodénum à cause de l'absence d'hématémèses, de la localisation de la douleur et enfin des antécédents sans symptômes.

Il n'existait donc plus, abstraction faite des symptômes dus

à des compressions ou à des lésions de l'appendice vermiculaire, que des lésions tuberculeuses à marche rapide ou la fièvre typhoïde qui pussent produire la péritonite. Nous avons bien signalé plus haut une obscurité à droite et en arrière du thorax avec un murmure vésiculaire diminué ; cela ressemblait à une pleurésie ancienne demeurée complètement latente, il est vrai, comme le démontraient les anamnestiques, mais on sait que dans la plupart des cas d'organismes tuberculeux il existe de telles pleurésies si bien que la manifestation abdominale pouvait paraître comme la conséquence de la lésion antérieure. Contre cette hypothèse s'élevaient l'absence de tout antécédent héréditaire, la constitution physique extraordinairement puissante de l'individu et non moins l'absence de tout antécédent personnel. Au contraire l'hypertrophie de la rate et la proportion relativement fréquente (ici même nous en avons déjà observé deux cas) de fièvres typhoïdes sans symptômes parlaient en faveur de cette dernière hypothèse, si bien que le diagnostic définitivement porté fut le suivant :

Péritonite par perforation à la suite d'une fièvre typhoïde extrêmement probable et adhérences consécutives à l'inflammation de la plèvre du côté droit.

L'évolution fut extrêmement rapide.

Les excitants furent sans succès ; la température descendit à midi jusqu'à 37°5. Le pouls n'était pas meilleur. Les douleurs étaient toujours plus violentes. Le météorisme s'était peu accru. Le collapsus fit des progrès et X... mourut le soir du même jour après douze heures de maladie. Un quart d'heure après sa mort, on constata une température de 38°5.

L'autopsie livra un secret inattendu. Cerveau et méninges : état normal.

A la dissection des téguments du ventre et de la poitrine, la couche adipeuse se montre, ayant une épaisseur moyenne, la couche musculaire est fortement développée. Dans les parties déclives de la cavité abdominale se trouvent environ 100 grammes d'un liquide jaunâtre, purulent, diffluent avec des exsudats non fétides ; élargissant la fente thoracique, on aperçoit les deux poumons, le poumon droit avec des adhérences fixées à la paroi thoracique sur toute la périphérie.

Le poumon gauche complètement libre.

La superficie du poumon gauche, spécialement dans sa partie antérieure, est semée de petits nodules nombreux, nettement circonscrits, de la grosseur d'une tête d'épingle et donnant au toucher une sensation de ramollissement, qui sont facilement reconnaissables sur une coupe de poumon. Le tissu pulmonaire a partout une résistance normale et laisse échapper à la coupe sous une légère pression une petite quantité du sang rouge noir.

Le poumon droit montre de même quelques tubercules miliaires isolés ; à l'exception de quelques parties calcifiées grosses comme de petits pois ou d'autres du volume d'une fève et siégeant au sommet, il est rempli d'air et moyennement congestionné.

Les ganglions lymphatiques péribronchiques sont d'une façon générale augmentés de volume, caséux pour la plupart, quelques-uns sont accolés aux vaisseaux pulmonaires. La paroi de ces vaisseaux est partiellement détruite aux points d'attache des ganglions.

L'épiploon montre sur toute son étendue quelques gros vaisseaux injectés qui descendent dans son épaisseur et d'où se détachent quelques ramuscules isolés plus fins, injectés eux aussi.

Ce n'est qu'à la partie inférieure seulement, dans une région

grande comme un thaler, que l'on peut constater l'injection de ses plus fins vaisseaux. La face pariétale du péritoine est manifestement congestionnée par suite de l'injection de ses plus gros rameaux vasculaires. Il en est de même de la surface externe des anses intestinales, principalement de celles qui sont logées dans le petit bassin. Ces dernières offrent en outre au toucher, en des points assez nombreux, des espèces de membranes friables, jaunâtres, faciles à détacher de la surface intestinale et établissant par places des adhérences lâches entre les anses.

Le feuillet viscéral du péritoine est recouvert d'une mince couche de fibrine coagulée où l'on trouve quelques tubercules miliaires épars et isolés.

Foie de dimensions normales, l'examen de sa surface montre par place quelques tubercules miliaires, jaunâtres ; la coupe en est normale.

La vésicule biliaire est moyennement distendue par la bile, la rate est augmentée de trois fois son volume, la capsule adhérente. La pulpe est diffluente ; à la coupe elle montre des tubercules miliaires isolés de même que les reins dont l'aspect, par ailleurs, est normal. L'estomac est moyennement dilaté, les anses supérieures de l'intestin le sont un peu davantage. L'iléon et le côlon sont affaissés. La muqueuse intestinale est dans l'ensemble polie, brillante, intacte absolument normale. En dépit d'une recherche attentive, il est impossible de trouver trace d'une perforation. Les ganglions mésentériques sont assez hypertrophiés, nullement caséux. Le canal thoracique est sans altération. Ainsi la tuberculose miliaire qui avait fait effraction par les vaisseaux, avait donné naissance à des symptômes capitaux du côté du péritoine, qui ressemblaient, à s'y méprendre, à ceux d'une péritonite par perforation. Toute l'évolution de

la maladie est digne de remarque et de mention, la légèreté des symptômes du côté du poumon, et enfin aussi la forte constitution du malade en dépit de laquelle le virus tuberculeux se développa librement. La pleurésie qui avait évolué sans signes était de nature tuberculeuse.

Observation XII

(*Inédite.* Communiquée par M. le Dr DALCHÉ, médecin de l'hôpital de la Pitié).

Le malade, âgé de 30 ans, employé de bureau dans les chemins de fer, entre dans mon service de l'hôpital de la Pitié, le 9 février 1907, à 3 heures de l'après-midi, pour des douleurs d'une violence extrême qui ont éclaté brusquement le matin même, à 10 heures, dans la région épigastrique et l'hypochondre droit.

Antécédents. — L'enfance du sujet ne présente rien qui soit à retenir. Il a fait son service militaire au Sénégal et y a contracté les fièvres paludéennes en 1895; il se rappelle avoir eu cinq grands accès. Depuis cette époque, il a souffert fréquemment de névralgies sus-orbitaires fort douloureuses, durant chaque fois de huit à dix jours. En 1896, deux crises de dysenterie, antécédent qui me fera même un instant penser à l'ouverture actuelle dans le péritoine d'un petit abcès du foie. En 1902, ulcération du gland, qui a laissé sur le côté droit de l'organe une cicatrice profonde. Éthylisme prononcé durant la vie militaire; le malade prétend avoir renoncé à la boisson depuis plusieurs années. Aucun antécédent gastro-intestinal. Selles toujours régulières.

Histoire de la maladie. — Le 9 février, vers 10 heures du

matin, le malade était assis à son bureau, lorsque, en se baissant pour ramasser un objet tombé à terre, il a été pris d'une douleur abdominale subite, douleur en barre siégeant juste sous les fausses côtes, dans l'épigastre et l'hypochondre droit, si aiguë et si violente qu'il est tombé. Un peu plus tard, à l'occasion d'un mouvement, le siège de la douleur s'est déplacé et le malade a souffert surtout dans le bas-ventre avec maximum dans les fosses iliaques. Il a eu des nausées, mais n'a pu vomir.

Examen du 9 février à 4 heures de l'après-midi. — Le malade est dans le décubitus dorsal, souffrant encore spontanément, mais bien moins et localisant sa douleur de façon plus précise à la partie droite de l'épigastre, exactement au point de rencontre du grand droit et des côtes. La palpation révèle une défense musculaire très prononcée de la partie supérieure de la paroi abdominale ; cette palpation est même rendue impossible, par la douleur qu'elle provoque, au niveau des flancs et de l'épigastre ; par contre les fosses iliaques et la partie inférieure de l'abdomen sont relativement souples. A la percussion, on trouve la matité hépatique très diminuée, ne se percevant guère que sur une hauteur de deux travers de doigt. Température rectale à 38°. Pouls à 120. Langue sans caractères particuliers. Cœur, poumons ne présentant rien d'anormal. Ni albumine ni sucre dans les urines.

10 février. — Même état. Pas de selles. Pas de vomissements. Le ventre est dur, surtout dans la région supérieure de l'abdomen ; il est météorisé dans son ensemble, mais ce météorisme est marqué surtout au niveau des régions gastrique et hépatique ; la matité du foie a complètement disparu. Le visage est grippé, le nez pincé, les yeux excavés : facies péritonéal. La température est à 38°2. Le pouls, quoique très rapide, battant à 120,

n'est pas petit et misérable. Malgré l'acuité des phénomènes, les vomissements faisant défaut et le pouls étant bien frappé, je me demande, en raison de l'épidémie de grippe régnante, s'il ne s'agirait pas simplement d'une grippe abdominale. Pourtant j'ai plutôt l'impression d'une péritonite ou d'un pyo-pneumothorax sous-diaphragmatique. Traitement : diète absolue, injection de sérum, d'huile camphrée, glace sur le ventre.

11 février. — Même état. Toujours pas de selles. Température à 37°6. Pouls à 108. Le chirurgien, appelé, conclut à une perforation de l'estomac ou du duodénum. Mais il ne veut pas intervenir parce que les accidents ne sont plus au début et que la perforation diagnostiquée peut amener une péritonite localisée supérieure. On opérera à froid, s'il y a lieu. Même traitement que la veille.

12 février. — Même état, mais une selle sans caractères particuliers. Température à 37°. Pouls à 100. Même traitement.

13 février. — Un vomissement peu abondant, sans caractères spéciaux, la nuit précédente. Moindre intensité des douleurs. Température à 37°4. Pouls à 90.

14 février. — Ventre plus souple. Les douleurs ont disparu. Température à 37°6. Pouls à 92.

15 février. — Ventre souple. Administration au malade d'un demi-litre de lait. Température à 37°4. Pouls à 100.

16 février. — Le malade se sent bien et demande à manger. Mais la température est remontée à 38°2, le pouls restant à 90.

17 février. — Une selle diarrhéique contenant du mucus et des fausses membranes. Température à 38°. Pouls à 84. Suppression du sérum et de la glace. Potage. Lait. Dans la soirée brusque ascension de la température à 39°, sans que le pouls subisse d'ascension parallèle.

18 février. — Diarrhée abondante avec mucus. Langue saburrale. Haleine fétide. La température du matin est cependant redescendue à 37°9, mais le soir elle remonte à 39°4.

19 février. — Diarrhée contre laquelle nous ordonnons sous-nitrate de bismuth et opium. Température à 37°4.

20 février. — Suppression de la diarrhée.

En résumé, début par douleur atroce dans les régions de l'épigastre et de l'hypochondre droit et météorisme de tout le ventre, mais surtout marqué à la partie supérieure. Facies grippé. Allure de péritonite. Après certaines hésitations commandées par l'état du pouls qui reste plein quoique rapide, et l'absence de vomissements, diagnostic, porté par le chirurgien, de perforation de l'estomac ou du duodénum; mais non-intervention, en raison de la possibilité, quarante-huit heures après le début, qu'il se produise une péritonite localisée. Petit à petit la situation s'améliore, le ventre se détend. Mais alors la fièvre s'allume avec des signes d'embarras gastrique. Ces phénomènes disparaissent au bout de quelques jours.

Pourtant le malade n'était pas guéri. Après ces accidents suraigus, je l'ai suivi; je l'ai vu progressivement se tuberculiser et quelque temps après il mourait de tuberculose pulmonaire, permettant ainsi d'établir un diagnostic rétrospectif non douteux.

•
* *

VI. — Début simulant l'occlusion intestinale

Observation XIII

(LEJARS. *Gazette des hôpitaux*, 1891, n° 142, p. 1305.)

Une femme de 28 ans est apportée à l'hôpital de la Pitié dans la soirée du 29 septembre 1891. Il y a deux jours, sans cause,

elle a été prise de violentes douleurs dans l'abdomen ; depuis lors, les selles sont supprimées, le ventre s'est ballonné et les vomissements bilieux se répètent à de courts intervalles.

La malade avait souffert, à plusieurs reprises, de coliques hépatiques, et c'est à un accès du même genre qu'elle rapporta d'abord les accidents.

Mais l'arrêt stercoral restait complet, aussi bien pour les matières que pour les gaz. Un médecin en ville avait eu recours aux lavements d'eau de Seltz sans aucun résultat. A son entrée à l'hôpital, la malade était déprimée, le facies grippé, mais la température restait à 37°4 et le pouls « petit » à 118 : le ballonnement du ventre était très marqué, sans être énorme, et partout, sur toute la surface abdominale, la sonorité était conservée : les vomissements très abondants, étaient formés d'un liquide épais, brunâtre, sans odeur bien caractérisée. Un purgatif (25 grammes d'eau-de-vie allemande) est administré et vomi presque immédiatement. Pourtant l'urgence de l'intervention ne s'imposait pas, elle fut remise au lendemain.

Le lendemain la situation s'était aggravée, la température était à 36°5, les vomissements présentaient le même caractère, toute selle, toute émission gazeuse restaient supprimées. Ajoutons que les antécédents de la maladie ne fournissaient, à part ces fréquents accès de colique hépatique, que peu d'éléments au diagnostic : il faut rappeler pourtant que le mari de notre malade avait succombé quelques jours avant à la tuberculose pulmonaire.

Le 30 septembre, à 11 heures du matin, je pratique la laparotomie médiane ; l'incision commence à trois travers de doigt au-dessus du pubis, et finit après avoir contourné l'ombilic, à 4 ou 5 centimètres plus haut. Le ventre ouvert, il s'écoule une

notable quantité d'un liquide jaunâtre, un peu louche, et l'on tombe sur un grand épiploon peu épaissi, mais parsemé sur toute son étendue de fines granulations jaunâtres qui ont toute l'apparence de granulations tuberculeuses. Au-dessous de lui, l'intestin est distendu, mais de surface lisse et polie; la main introduite dans la cavité abdominale, permet de constater que la dilatation porte aussi bien sur le gros intestin que sur le grêle et les anses du grêle sont assez libres et assez mobiles pour qu'il soit aisé de reconnaître qu'il est également météorisé sur toute sa longueur. D'obstacle, de bride, d'adhérences, on n'en trouve nulle part. Force était de conclure à une simple paralysie intestinale, survenue au cours d'une péritonite tuberculeuse jusque-là latente; du reste le semis granuleux se retrouvait sur le feuillet pariétal du péritoine, autant qu'il était possible de le suivre. Un lavage à l'eau boriquée tiède, puis la suture en étages de la paroi achevèrent l'opération.

Les suites de l'intervention furent d'abord peu satisfaisantes; les vomissements se répétèrent encore plusieurs fois; mais le 2 octobre, c'est-à-dire au bout de quarante-huit heures, ils avaient totalement cessé. Une diarrhée abondante s'établit, et pendant quatre jours ce fut une véritable débâcle, d'une extrême fétidité. Au premier pansement, le 4 octobre, la réunion était à peu près complète; l'amélioration générale était très marquée, et un pronostic heureux eût été très légitime, sans les accès d'oppression qui se répétaient chaque soir et provoquaient l'insomnie. La diarrhée continuait aussi, à part de courtes rémissions.

Au 15 octobre, on constatait une sorte d'ulcération de la cicatrice abdominale, ulcération blafarde, irrégulière, à bords frangés, qui s'élargissait de plus en plus. Les crises dyspnéiques revenaient presque tous les jours s'accompagnant de sueurs froi-

des et d'un état d'abattement très accusé. La situation ne fit dès lors que s'aggraver et la malade s'éteignait le 21 octobre.

A l'autopsie on trouva un emphysème généralisé des deux poumons mais sans tubercules ; le cœur était surchargé de graisse. Le ventre, très distendu, contenait environ un demi-litre d'un liquide clair, ascitique. L'épiploon, farci de petites masses caséuses, adhérait à la cicatrice abdominale ; le péritoine était parsemé de tubercules, et, sur son feuillet pariétal, et au niveau des grands organes tels que le foie, la rate, l'utérus. Nombreux calculs dans la vésicule biliaire, foie un peu gros et qui paraît en dégénérescence graisseuse.

Observation XIV

(QUÉNU. *Société de chirurgie*. Séance du 23 novembre 1898.)

Cette observation est relative à une dame d'une trentaine d'années que j'avais opérée au mois de juillet 1895 pour une salpingite. Cette opération avait été extrêmement laborieuse et avait nécessité une double attaque par la voie abdomino-vaginale : il s'agissait de lésions anciennes déjà sèches, non suppurées, extrêmement adhérentes, les trompes et les ovaires étaient perdus dans un magma d'adhérences ; les parois tubaires étaient très épaissies, comme fibroïdes, rien n'autorisait à supposer la nature tuberculeuse de ces lésions.

L'opération fut suivie de guérison, mais, vers la fin de septembre, je fus appelé par dépêche auprès de la malade pour des accidents d'occlusion intestinale, accidents très menaçants : absence de gaz par l'anus depuis quatre jours, vomissements bilieux et fécaloïdes, pas d'élévation de température, le tableau

était complet. Je pensai à des adhérences intestinales au niveau d'une cicatrice intérieure et je pratiquai une incision iliaque qui pût à la fois me servir à l'exploration digitale et à l'établissement d'un anus contre nature.

Le péritoine ouvert, il s'écoula une assez grande quantité de liquide ; le doigt introduit dans l'abdomen, je constatai que toute la séreuse était recouverte de granulations de différents volumes et manifestement tuberculeuses. Je refermai complètement le ventre et bornai là mon intervention.

Tous les accidents d'obstruction disparurent immédiatement ; la malade succomba ultérieurement aux progrès de sa péritonite tuberculeuse.

Observation XV

(LEJARS. *Société de chirurgie*. Séance du 15 juin 1898.)

Le nommé A..., commis des postes, âgé de 35 ans, entre à l'hôpital Beaujon, le 19 janvier 1898, pour douleurs dans l'abdomen.

Antécédents héréditaires. — Nuls. Père encore vivant, mère morte d'accident.

Antécédents personnels. — Aucune maladie jusqu'en 1892. A cette époque, quelques douleurs dans le ventre avec alternatives de diarrhée et de constipation. Les douleurs durent fort peu longtemps et souvent disparaissent quelques minutes après leur apparition. En 1893, douleurs moins fréquentes mais plus durables. Le malade est forcé d'abandonner une fois son travail pendant quatre jours ; purgatif et applications de cataplasmes sinapisés. Disparition des douleurs jusqu'en 1898.

Le 15 janvier 1898. — Douleur abdominale assez violente forçant le malade à garder le lit et à faire appeler un médecin. Celui-ci ordonne des applications de cataplasmes laudanisés qui ne produisent aucun effet. Le lendemain, non seulement aucun soulagement n'est à noter, mais la douleur est encore plus violente. Même état les deux jours suivants. Le malade entre alors, le 19 janvier, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le professeur Debove. M. Lejars est appelé le jour même pour examiner le malade et voici le résultat de son examen : La face était pâle, anxieuse, un peu grippée, le pouls fréquent et assez petit, la langue très pâle d'un blanc jaunâtre. Il y avait eu la veille et dans la nuit des nausées et quelques vomissements sans caractères. Pas de selles depuis quelques jours mais quelques émissions gazeuses. Le ventre était gros, surtout distendu dans la région sus-ombilicale, d'une consistance uniformément pâteuse, sans induration, sans relief en aucun point ; la palpation était peu douloureuse sauf dans le flanc et la fosse iliaque droite et encore n'était-ce là qu'une sensation diffuse, sans localisation et que la pression seule réveillait.

Le malade était d'apparence très vigoureuse, solidement musclé, et dans ses antécédents, que son état de torpeur un peu étrange rendait difficiles à élucider, on ne retrouvait à noter que l'existence antérieure d'une crise un peu analogue et qui avait cédé spontanément.

Bien qu'il fût entré à l'hôpital avec le diagnostic d'occlusion intestinale, et que ce fut là, en réalité, une des hypothèses les plus plausibles, il manquait quelques éléments d'importances majeure : les vomissements en somme, uniquement bilieux, les quelques gaz rendus par l'anus, au moins la veille, la consistance du ventre cadraient mal avec le diagnostic d'iléus ; et d'autre

part la brusquerie du début, la santé excellente et l'absence complète de tout accident abdominal depuis cette crise passagère et mal définie dont il évoquait seulement le vague souvenir, tout cela ne permettait guère de conclure de prime abord à un processus péritonéal chronique.

Toujours est-il que je crus sage d'attendre, avant de recourir à une intervention opératoire, le malade se trouvant dans les meilleures conditions pour être soumis à une surveillance constante. On appliqua une vessie de glace sur le ventre, et l'on donna un lavement électrique, qui ne fut d'ailleurs suivi d'aucun résultat.

Le lendemain, 20, l'état restait pourtant le même ; le poulx conservait les mêmes caractères, les vomissements étaient toujours très rares et composés seulement d'un peu de liquide bilieux, le ventre n'était plus tendu. L'idée d'une obstruction ou d'une pseudo-occlusion paralytique semblait se confirmer. M. Labbé, interne du service, administra un second lavement électrique sans plus d'effet.

Dans la nuit, la situation se modifia grandement. Le 21, à neuf heures, on me présentait une pleine cuvette d'un liquide épais, brunâtre, dont l'aspect et l'odeur ne me laissaient aucun doute : c'était un vomissement fécaloïde, et il était même si caractéristique, que je le fis porter à l'amphithéâtre pour le présenter aux élèves. Le facies était grippé, le poulx très petit, les mains froides, le ventre fortement distendu, surtout dans sa moitié supérieure.

Une demi-heure après, un peu au regret d'avoir attendu quarante-huit heures pour intervenir, je pratiquai la laparotomie, en présence de M. le professeur Debove et de M. Théophile Anger. Me guidant sur la zone de distension maxima de l'abdo-

men, je fis une incision sus-ombilicale : le péritoine ouvert, il s'écoula un peu de liquide clair, séreux et je tombai sur un épiploon épais, très grasseux et que le premier examen nous montra parsemé de granulations jaunâtres, arrondies, dures, grosses comme des grains de millet et de chènevis, et présentant toute l'apparence de granulations tuberculeuses ; en relevant et en tirant au dehors le reste de l'épiploon, il fut aisé de constater que ce semis granuleux se continuait dans toute son étendue, et, au-dessous l'intestin apparut recouvert de minces granulations.

Nous avons donc affaire à une péritonite tuberculeuse miliaire. L'exploration de la cavité abdominale ne nous fit découvrir aucune bride, aucune zone d'adhérences, aucun segment aplati de l'intestin : l'S iliaque était distendue tout aussi bien que les premières portions de l'intestin grêle ; nulle part de coudures, partout la surface intestinale était rouge, vascularisée, mais lisse et polie, sans fausses membranes.

Après cette recherche, qui fut rapidement faite, il ne restait plus qu'à fermer le ventre, purement et simplement, ce qui fut exécuté, comme d'ordinaire, par une réunion à deux plans de la paroi, et la suture de la peau.

Le malade se réveilla sans peine ; l'opération avait duré une vingtaine de minutes. Dans la soirée, il allait spontanément à la selle et une garde-robe copieuse témoignait de la brusque cessation de l'occlusion paralytique.

Dès lors, les vomissements ne reparurent pas et l'état général s'améliora très vite. Il n'y avait pas de fièvre, le poulx était bon, les selles régulières, et le malade s'alimentait. La plaie abdominale se réunit sans incident.

Pourtant, si les accidents aigus étaient subitement tombés à

la suite de l'intervention, ce n'était point là une guérison. Le malade restait pâle, il ne reprenait que lentement ses forces, il ressentait de temps en temps quelques douleurs dans le ventre ; il était notablement amaigri.

Ce fut dans cet état, en somme assez inquiétant, qu'il sortit de l'hôpital le 1^{er} mars.

Depuis, sa santé générale paraît en voie d'amélioration, l'appétit est excellent, les fonctions intestinales régulières. Le ventre reste souple, à peine sensible en quelques points.

Observation XVI

(JOHNSON. *Practitioner London*, 1906, p. 332-343. Traduction due à l'obligeance de M^{lle} Gourilew, externe des hôpitaux.)

Une femme, immédiatement après ses règles, se trouve prise de douleurs abdominales et de vomissements, avec obstruction intestinale complète. Le diagnostic est celui d'occlusion intestinale aiguë, et on s'attendait à trouver un volvulus de l'intestin grêle, une bride, une adhérence. La malade fut opérée le quatrième jour. Il s'échappa de la plaie un liquide clair, légèrement hémorragique, et on trouva des granulations tuberculeuses disséminées sur la surface de l'intestin. Une anse se distinguait des autres par son aspect congestionné ; la partie correspondante du mésentère formait une masse épaissie et solide ; les dépôts tuberculeux étaient ici plus nombreux qu'ailleurs. Après évacuation du liquide, l'abdomen fut fermé. Les symptômes aigus s'amendèrent rapidement. La malade put quitter l'hôpital au bout de trois semaines. La congestion et l'œdème de l'anse intestinale et de la partie correspondante du mésentère,

là où les dépôts tuberculeux étaient plus nombreux, s'expliquent par la thrombose dans les tributaires de la veine mésentérique supérieure. La paralysie temporaire de l'intestin, résultat de cette thrombose, fut supposée la cause des symptômes aigus. Avec le rétablissement de la circulation par les voies collatérales, le segment intestinal reprit son pouvoir péristaltique et les symptômes disparurent. On observe des paralysies temporaires après la réduction des hernies étranglées ; le tableau est parfaitement analogue à celui que nous venons de décrire.

V. — Début simulant des accidents péritonéaux au cours d'affections utéro-annexielles.

Observation XVII

(MERRY. *Thèse de Paris*, 1907. Observation 37).

Jeanne D..., 21 ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Trois frères également bien portants. Une sœur morte à 18 mois de méningite.

Antécédents personnels. — Elle-même a toujours été bien portante. Elle eut la rougeole à 4 ou 5 ans, mais à part cela ne fut jamais malade. Elle ne toussait jamais l'hiver.

Réglée à 12 ans, ses règles sont très régulières, et la malade ne souffre jamais jusqu'en 1904. A ce moment, ses règles deviennent parfois irrégulières, elle a des pertes blanches.

Au mois de février 1906, elle fait une fausse couche de deux mois et demi environ qui paraît certaine, car la malade a vu

l'œuf. C'est de cet accident que datent les douleurs qu'elle ressent. Celles-ci sont constantes. Le médecin la soigne pour une métrite et un début de salpingite. On lui fait des pansements intra-utérins. Elle a toussé un peu au moment de sa fausse couche et cette toux a persisté plusieurs mois. Elle n'a jamais craché de sang. Puis elle recommence à manger et à se porter relativement bien, ne se plaignant que de quelques troubles génitaux pour lesquels elle est régulièrement visitée et soignée par un médecin de la ville.

Peu à peu la situation s'aggrave ; les douleurs franchement lombaires et abdominales persistent. Quelques pertes blanches. Au début du mois de mai 1906, elle est prise de douleurs très vives, ne peut plus marcher et est obligée de s'aliter. Son ventre ne grossit pas sensiblement. Elle entre ainsi dans le service de M. le Dr Lejars, salle Cruvelhier le 21 mai 1906.

Lorsque nous la voyons le jour de son entrée, elle semble amaigrie et fatiguée. La température est élevée (38°6), il y a un pouls bon, mais rapide. A l'examen du ventre on sent une résistance diffuse surtout localisée du côté droit. Il y a là une douleur très vive et qui s'accroît par la pression.

Le toucher vaginal révèle une tumeur de la grosseur d'une mandarine, ronde, bosselée, bien limitée dans le cul-de-sac droit se prolongeant dans le cul-de-sac postérieur. A gauche, petite masse résistante, mais plus diffuse cependant.

On ordonne le repos, la glace sur le ventre. Pendant deux ou trois jours, la fièvre se maintient élevée, atteignant 39°5 le soir. Le pouls est rapide mais bien frappé. La figure reste bonne.

Peu à peu, la température tombe, mais la malade continue à souffrir et on décide une intervention chirurgicale.

Celle-ci a lieu le 7 juin.

Laparotomie. On tombe sur un épiploon adhérent que l'on décolle avec peine. Des adhérences multiples coiffent le petit bassin. Ces adhérences sont décollées prudemment et l'on tombe sur une poche pleine de liquide ascitique qui remplit les deux côtés de l'utérus. Cette poche se poursuit en bas et à droite le long de l'utérus et là s'écoule du pus caséeux manifeste en très petite quantité. On éponge et l'on voit dans tout le petit bassin quelques lésions de péritonite tuberculeuse, mais rien en apparence sur les annexes. Surjet péritonéal avec petit drain. Réunion. Suites opératoires excellentes. La malade n'a jamais de fièvre. Elle ne souffre plus, et sauf une petite fistule qui persiste à la partie inférieure de la plèvre sort guérie le 28 juin.

La malade continue en ville à être soignée par un médecin, qui lui fait son pansement d'abord tous les jours, depuis quelque temps tous les deux ou trois jours. La fistule coula pendant longtemps abondamment puis diminua énormément.

Revue le 10 janvier 1907, sa santé est manifestement améliorée ; elle ne tousse plus du tout. Elle a engraisé considérablement. Depuis l'intervention, plus de règles. Au mois de novembre elles réapparaissent, mais ne sont ni trop abondantes ni trop douloureuses.

Observation XVIII

(M. BOUSQUET. *Soc. de Chirurgie*, 1898, p. 677.)

Il s'agissait d'une jeune personne mariée depuis quatre à cinq mois, elle avait une température élevée, des vomissements, un ballonnement du ventre qui me firent croire à des accidents péritonéaux dus à une salpingite par infection. Je fis la

laparotomie : je trouvai deux fragments d'épiploon infiltré de granulations que je réséquai, les annexes étaient seulement un peu rouges. Je fis un lavage. J'eus l'occasion de revoir cinq à six mois après la malade, la guérison s'était maintenue.

Observation XIX

(*Inédite.* Communiquée par M. le Dr DALCHÉ, médecin
de l'hôpital de la Pitié.)

La femme L..., âgée de 37 ans, entre dans notre service de l'hôpital de la Pitié, le 21 novembre 1907, pour des douleurs extrêmement violentes siégeant dans le bas-ventre et ayant débuté trois jours auparavant.

Malgré les difficultés que son état apporte à l'interrogatoire, nous apprenons qu'elle est sujette depuis huit mois à des crises analogues, mais qui n'ont jamais atteint l'acuité de la crise actuelle. En outre, depuis la même époque, elle présente des menstrues douloureuses et a eu quelques métrorrhagies.

La crise actuelle, en même temps qu'elle éclatait brusquement il y a trois jours, a été accompagnée de l'apparition de quelques gouttes de sang au niveau de la vulve. Presque aussitôt se sont produits des vomissements. Puis le ventre, qui était naturellement un peu gros, mais souple, s'est ballonné.

Au moment où nous l'examinons, la malade présente des douleurs généralisées à tout le ventre, mais avec maximum dans la région sus-pubienne. La paroi abdominale est très tendue, très résistante, très douloureuse à la pression la plus légère ; la palpation est impossible à pratiquer. Le facies est grippé, le nez pincé, le yeux excavés. Le pouls est rapide et misérable.

La température reste modérée. C'est un tableau de péritonite généralisée.

La perte de sang par les voies génitales s'est arrêtée. Au toucher vaginal, nous sentons une légère résistance dans le cul-de-sac gauche.

En raison du passé génital, de l'apparition des douleurs dans le bas-ventre, de l'évolution des accidents nous pensons à un kyste de l'ovaire ou à un fibrome pédiculé dont le pédicule s'est tordu brusquement; les crises douloureuses antérieures elles-mêmes nous semblent bien s'expliquer par des poussées péritonitiques, ayant abouti à la formation d'adhérences, ainsi qu'il est fréquent dans ces cas.

Notre confrère, le Dr Arrou, appelé, confirme ce diagnostic, mais l'état de péritonite est si inquiétant qu'il ne veut pas opérer. On se contente de soutenir la malade par des piqûres d'huile camphrée.

L'état resté d'abord stationnaire, puis s'améliore petit à petit. La malade est alors passée, le 10 décembre, en chirurgie. Un examen complet est devenu possible et l'on constate qu'elle n'a ni kyste de l'ovaire, ni fibrome pédiculé.

Elle nous est renvoyée le 9 janvier 1908. Les phénomènes péritonitiques sont cette fois complètement amendés. Le ventre, tout en restant gros, est redevenu mou et souple.

Par le toucher vaginal on finit par délimiter une salpingite unilatérale gauche. Cette salpingite, les antécédents de la malade, soigneusement éclaircis, ne nous permettent de l'attribuer ni à une infection puerpérale (elle n'a pas eu d'enfants, ni de fausses couches), ni à une blennorragie; nous apprenons cependant que son mari est mort tuberculeux. L'idée nous vient alors

d'une salpingite tuberculeuse et l'examen suivi de la malade nous confirme dans cette opinion.

Il nous paraît dès lors très probable, sinon certain, que les accidents graves du début ont été produits par une péritonite tuberculeuse, que celle-ci d'ailleurs soit la cause ou ait été la conséquence de la salpingite actuellement constatée. Toutefois la grosseur persistante du ventre ne nous permet pas d'établir l'état de la séreuse. La malade quitte l'hôpital très améliorée.

VI. — Début simulant l'hématocèle péri-utérine.

Observation XX

(MERRY. — Observation XXXI de sa thèse.)

Jeanne R..., 24 ans, domestique, entre dans le service de M. le Dr Lejars, salle Cruvelhier, venue du service de M. le Dr Le Noir le 7 décembre 1906.

Rien de notable dans ses antécédents héréditaires. Cinq frères et sœurs bien portants. Elle souffre du ventre depuis l'âge de 14 ans. Réglée à 13 ans 1 2 et bien réglée depuis. Les douleurs abdominales ne semblent avoir aucun rapport avec ses règles. Avant cette époque elle n'a jamais été malade, sauf quelques adénopathies dont il reste encore des traces à la région cervicale. Aucune autre trace de bacillose.

A 14 ans 1/2, elle a une première crise douloureuse à tel point qu'elle est forcée de s'aliter pendant quinze jours. Son ventre tout entier lui faisait mal ; mais d'après ses souvenirs elle n'aurait pas eu de localisation ni de point douloureux maximum. La paroi abdominale était tendue et résistante et l'on ne pouvait lui toucher le ventre tant elle souffrait.

Cette crise cesse au bout de quinze jours, mais tout en reprenant sa vie habituelle la malade a conservé une grande sensibilité, à la moindre chose, sous l'influence d'un peu de froid, elle souffrait du ventre. Les douleurs n'avaient aucune corrélation avec les époques menstruelles qui restaient régulières.

Elle était habituellement constipée, avait de temps en temps de véritables débâcles diarrhéiques.

A l'âge de 18 ans elle présente des symptômes de chlorose : un peu pâle, elle se fatigue au moindre effort et elle est obligée de passer presque tout son temps au lit. Elle ne tousse pas. A 19 ans, malgré son état de faiblesse, elle vient à Paris et est domestique.

Elle fait naturellement son travail avec peine ; elle souffre fréquemment du ventre de douleurs qui surviennent par crises devenant de plus en plus fréquentes, surtout dans ces quatre dernières années où elle souffre presque constamment.

Il y a un mois est restée jaune pendant quelques jours et a eu de la décoloration des fèces.

Le dimanche 2 décembre elle est prise assez brusquement d'une violente douleur abdominale.

Elle souffre toute la nuit, mais ne vomit pas, ses douleurs se calment et elle semble à peu près remise quand le jeudi 6 elle est reprise de nouvelles et très violentes douleurs. Ces douleurs siègent surtout dans la région de la vésicule biliaire et dans l'épigastre. La malade prend une purgation suivie de succès mais les douleurs persistent.

Elle entre le 7 décembre 1906 dans le service de M. le Dr Le Noir, salle Andral, à l'hôpital Saint-Antoine. On pense, étant donné le siège des douleurs, à une colique hépatique. La malade a eu de l'ictère un mois avant, ses douleurs semblent localisées

dans la région sus-ombilicale. Elle a de la diarrhée mais ses fèces ne sont nullement décolorées. Cependant la température est à 39°, le facies un peu fatigué, l'état général est en somme inquiétant.

Le lendemain la température tombe, les douleurs diminuent et en même temps elles changent de siège et se déplacent vers le bas.

Le 10 l'état général est bon ; les douleurs sont disparues, il y a des selles normales. On permet à la malade de manger. Température : 37°2. Pouls : 64.

Mais dès le lendemain 11 les douleurs deviennent à nouveau très vives, elles siègent plus bas mais restent diffuses. L'attention est attirée vers le petit bassin.

Au toucher vaginal on sent l'utérus repoussé en masse en avant.

Dans le cul-de-sac de Douglas, de même que dans les culs-de-sac latéraux, on sent un empâtement diffus mais sans bombement ni limitation précise.

En même temps l'état général s'aggrave pour ainsi dire d'heure en heure.

Le pouls devient petit, presque filiforme à 110, 120 ; il est irrégulier, mou, mal frappé. Le cœur n'a pas sa matité augmentée mais a un premier temps dédoublé.

Le facies change rapidement. La face est pâle, les lèvres décolorées ; il y a de l'angoisse, un peu de dyspnée.

Pendant ce temps les douleurs deviennent paroxystiques et des crises atrocement douloureuses sont à peine calmées par les applications de glace.

Elle passe dans le service de M. le Dr Lejars.

Elle entre dans le service le 13 décembre au soir et mon col-

lègue Sénéchal et moi la voyons de suite. L'état semble si grave que la question d'une intervention immédiate est agitée.

L'état général est grave, le facies est absolument hémorragique, le pouls est très petit et rapide à 127. Température : 37°2.

Localement le ventre est à peine légèrement ballonné, très douloureux à la pression. Il y a du tympanisme en haut et un peu de submatité dans la région inférieure à droite comme à gauche.

L'examen au toucher confirme absolument les résultats qu'avait trouvés notre collègue Raymond en médecine. Partout, dans tous les sens, l'utérus est englobé par un empâtement diffus.

Le palper bimanuel ne permet pas de nous renseigner sur l'étendue par en haut de la tumeur.

En présence de ces tumeurs, et quoique la malade ne semble pas avoir eu de retard de règles, nous pensons, sans l'affirmer, au diagnostic d'hématocèle péri-utérine avec petites poussées hémorragiques. M. le Dr Lejars consulté nous conseille d'attendre un peu. On fait à la malade une injection de 1 l. 1/2 de sérum.

M. Sénéchal la revoit deux ou trois heures après : le pouls est beaucoup plus fort, moins rapide, à 116. Les douleurs ont diminué sensiblement. L'aspect de la figure est cependant le même. On se décide à attendre au lendemain en faisant mettre à la malade un peu de glace sur le ventre.

Le lendemain 14, dès son arrivée dans le service, M. Lejars voit la malade. Il constate le même état que nous la veille ; cependant les douleurs sont redevenues assez aiguës et le ventre est très sensible. M. Lejars d'abord pense à une péritonite aiguë. Il prescrit 1 litre de sérum et la revoit après la visite. Le pouls est petit. L'aspect de plus en plus hémorragique. M. Lejars

admet alors la probabilité de l'hématocèle et nous charge de l'examiner l'après-midi. On lui fait 1 litre de sérum.

A 3 heures de l'après-midi l'état s'est encore aggravé. Le pouls est presque incomptable, à 130. Le facies est mauvais. La voix est faible. Bref, la malade semble dans un état entièrement grave et nous nous décidons à l'opérer avec l'autorisation de M. Lejars.

Opération le 13 décembre à 3 heures de l'après-midi par mon collègue Sénéchal que j'assiste.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine ouvert on arrive sur l'épiploon qui est légèrement adhérent au péritoine pariétal. On continue l'ouverture par en bas et on trouve une poche contenant le contenu d'un œuf de liquide citrin. On trouve les anses très agglutinées ensemble. On les décolle avec beaucoup de précautions et on peut arriver sans aucun dégât sur le petit bassin. A ce niveau, l'on voit de nombreuses anses intestinales adhérentes et épaissies. L'S iliaque adhère à la face postérieure de l'utérus.

Ne trouvant rien de net du côté du petit bassin nous allons regarder l'appendice fin et sain. C'est alors qu'en palpant on découvre une énorme adénopathie mésentérique qui se prolonge dans tout le mésentère sous forme de ganglions tout à fait caractéristiques. Déjà en décollant l'épiploon et en trouvant la petite quantité d'ascite enkystée nous avions pensé à de la péritonite tuberculeuse. Mais le diagnostic paraît alors presque certain et nous allons voir si l'origine ne serait pas du côté du petit bassin.

On arrive en effet à décoller complètement l'S iliaque et l'utérus, et l'on voit alors les annexes. Les gauches paraissent un peu épaissies. Du côté droit la trompe est oblitérée, très épaissie et congestionnée.

Autour d'elle aucune autre lésion que l'agglutination des anses intestinales. Étant donné la rougeur et l'oblitération de la trompe droite on l'enlève.

Réunion avec petit drain dans le fond de Douglas. On l'enlève au bout de trente-six heures.

L'examen bactériologique de la trompe a été négatif. Celle-ci épaissie, fibreuse, congestionnée par places et oblitérée était cependant atteinte. Mais quelle que soit la nature de la salpingite, l'ascite, l'agglutination intestinale et surtout l'adénopathie mésentérique nous paraissent pouvoir faire affirmer le diagnostic de la nature tuberculeuse.

Au reste l'évolution a confirmé les résultats de l'opération. Dès le lendemain l'état général est profondément modifié. On a fait 1 l. 1/2 de sérum à la malade. Le pouls a bien tenu; il est encore cependant rapide à 110.

Le facies est bien moins mauvais; les lèvres sont violettes. Il n'y a pas de fièvre le 16. Poussée pleurale (dyspnée, douleurs dans les côtés) avec frottement aux deux bases dans toute la moitié inférieure des deux poumons.

Le 17. — La malade se plaint de son poignet droit; le 18, il est rouge au niveau de la face dorsale. Il y a des douleurs.

Légère douleur également dans l'articulation radio-carpienne et côté opposé avec une rougeur semblable par plaques localisées et que M. Lejars diagnostique rhumatisme tuberculeux. Ce rhumatisme s'étend dans le coude droit où il reste stationnaire pendant quatre ou cinq jours. Puis il y a de la douleur dans la tibio-tarsienne droite qui reste également fugace. Traitées par 2 grammes d'aspirine par jour ces douleurs disparaissent. La pleurite elle-même finit par disparaître peu à peu.

Du côté de la plaie, la réunion est parfaite. Il n'y a jamais eu aucun écoulement.

VIII. — Début simulant la fièvre typhoïde

Observation XXI

(LAIGNEL-LAVASTINE. *Bulletin de la Société anatomique*, séance du 14 octobre 1904, p. 650.)

Louise L..., âgée de 20 ans, domestique, entre le 18 avril 1902, salle Laënnec, n° 40, dans le service de notre maître, M. André Petit, à l'hôpital de la Pitié. Sans antécédents héréditaires ni personnels dignes d'être rapportés, elle a de la fièvre depuis quinze jours et se plaint de douleurs vagues dans l'abdomen. A l'entrée, 18 avril 1902, on note : un facies abattu, les pommettes rouges, la langue rouge sur les bords, de l'herpès labial, l'abdomen ballonné et un peu douloureux, la raie brune sous-ombilicale très marquée pour une femme qui n'a pas eu d'enfants, la matité hépatique petite, la matité splénique perceptible, les poumons normaux, le pouls à 112, la température à 37°8 et les urines peu abondantes, sans sucre ni albumine.

Jusqu'au 22 le diagnostic de fièvre typhoïde paraît de plus en plus probable en raison de la fièvre qui progressivement atteint 39°4, du pouls hypotendu, à 14 m. 5 de IIg, qui se maintient entre 80 et 90 pulsations, de la diarrhée abondante et de l'apparition de quelques petites papules érythémateuses sur l'abdomen.

23. — La diarrhée verte s'accompagne de vomissements verts et d'un crachotement incessant.

24. — L'état paraît meilleur, mais l'abdomen est de plus en plus ballonné. Les règles apparaissent et durent trois jours. Vomissements et diarrhée persistent.

25. — La température tombe à 37°.

26 à 5 mai. — Les oscillations de la température, l'intensité des phénomènes abdominaux, ballonnement et douleur du ventre, vomissements verts, hoquet, crachotement, diarrhée verte, petitesse du poulx, contrastant avec le bon état général, l'intégrité parfaite de l'intelligence, l'absence de séro-réaction, la disparition de taches érythémateuses, font abandonner le diagnostic probable de fièvre typhoïde pour celui de péritonite tuberculeuse.

Ce diagnostic devient évident au bout de quelques jours. Depuis lors jusqu'à la mort survenue le 1^{er} juillet à 5 heures du matin la maladie a évolué normalement sans arrêts : la malade s'était cachectisée peu à peu ; son abdomen, constamment ballonné, avait tendu la peau sèche qui s'était un peu pigmentée d'une façon diffuse.

Jusqu'au 30 juin, la malade conserva sa connaissance ; elle faisait des projets, pensait descendre au jardin dans quelques jours et s'en aller dans un mois.

Autopsie le 2 juillet 1902, à 9 heures du matin.

A l'ouverture de l'abdomen, on constate immédiatement des gâteaux péritonéaux. Les anses intestinales adhèrent à la paroi abdominale et entre elles par des fausses membranes épaisses, jaunes, vertes, rougeâtres, dures, circonscrivant des abcès remplis de liquide rougeâtre.

Une véritable éruption de tubercules existe à la face interne des parois abdominales et sur les intestins.

On note de la péricapnité et de la péricapnité qui unissent rate et foie au gâteau intestinal. Le péricarde contient 150 grammes de liquide citrin. Le cœur petit et sans lésions.

Les poumons, un peu adhérents à la plèvre, surtout au niveau

des bases congestionnées, ont quelques fausses membranes de nouvelle formation dans la scissure interlobulaire gauche : ils ne contiennent pas de tubercules.

Le foie dégénéré est gros, gras, jaunâtre. Les reins sont gros et blanchâtres. La rate, en dehors de la périsplénite, paraît normale.

(Nous supprimons la fin de l'observation qui concerne l'examen macroscopique et histologique du plexus solaire et ne présente pas d'intérêt à notre point de vue.)

Observation XXII

(ALDIBERT. Thèse de Paris, 1891. Observation fournie par Ross et due au Dr SCHAW, d'Orillia.)

Femme, 36 ans, malade depuis trois semaines.

Aspect typhique à la troisième semaine (langue rôtie, dents fuligineuses). Température 39°4, 100 pulsations. Opérée, on trouve des granulations miliaires et la température redevient normale les quinze premiers jours. Mais elle est prise ensuite de symptômes de granulie et succombe un mois après l'intervention à une tuberculose généralisée.

Observation XXIII

(Observation XI de la thèse de BOULLAND. Résumé pris dans la thèse de MERRY. Thèse de Paris, 1907.)

Jeune fille souffrant depuis un mois de douleurs abdominales et de vomissements jaunâtres, continuels.

A son entrée facies plombé. Température oscille entre 38° et

39°, céphalalgie, vertiges, pas d'épistaxis, langue saburrale, peu de diarrhée. Ventre ballonné. Douleurs dans la fosse iliaque droite. La malade tousse. Crachats muqueux et striés de sang.

L'âge du sujet, l'état saburral, la diarrhée, le ballonnement du ventre peuvent faire penser à une fièvre typhoïde.

Mais quelques symptômes : léger degré d'ascite probable, température, beaucoup de vomissements, signes de tuberculose au début font penser à la péritonite tuberculeuse.

Les jours suivants l'ascite disparaît. Un peu de pleurésie. Puis vomissements incoercibles et diarrhée. Enfin crises de dyspnée et violentes douleurs.

Mort au bout d'un mois.

Autopsie. — Granulations partout. La masse intestinale forme un gâteau.

Infiltration caséuse généralisée.

Le foie est englobé dans la lésion péritonéale. Il est gros et congestionné.

Le point de départ siège dans l'ovaire : le gauche très volumineux est occupé par une masse caséuse, le droit est également atteint.

Rien aux poumons qu'un peu de bronchite expliquant les symptômes pulmonaires.

CONCLUSIONS

La péritonite tuberculeuse présente dans des cas assez rares toute une série de modes de débuts aigus ou suraigus, simulant diverses affections abdominales.

1° *Début simulant une péritonite purulente aiguë franche* de cause indéterminée ou de cause traumatique.

Le traumatisme dans ce dernier cas, d'ailleurs exceptionnel ne fait qu'éveiller une tuberculose jusqu'alors latente.

2° *Début simulant l'appendicite dans ses diverses formes* : appendicite avec péritonite aiguë généralisée ; appendicite avec péritonite localisée et suppuration circonscrite ; appendicite simple, congestive ou plastique.

Il convient d'y ajouter le début d'une tuberculose pleuro-péritonéale de type Fernet-Boulland, simulant une appendicite avec pleurésie appendiculaire.

3° *Début simulant une perforation intestinale* soit au cours d'un typhus ambulatorius, soit par ulcère du duodénum ou de l'estomac.

4° *Début simulant l'occlusion intestinale*, ces faits ne doivent pas être confondus avec les occlusions vraies qui peuvent se produire dans la péritonite tuberculeuse par agglutination d'anses, brides ou coudures, il s'agit de pseudo-occlusions paralytiques.

5° *Début simulant des accidents péritonéaux au cours d'affections utéro-annexielles*, soit pelvi-péritonite secondaire à une salpingite puerpérale ou gonococcique, soit péritonite généralisée, par torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire ou d'un fibrome pédiculé de l'utérus.

6° *Début simulant l'hématocèle péri-utérine* se caractérisant par des signes généraux et locaux qui semblent attribuables à une violente hémorragie interne, à la différence des cas précédents où les symptômes sont de péritonite ou de péritonisme.

7° *Début simulant la fièvre typhoïde*, rare, en dehors de la granulie généralisée, pouvant s'observer pourtant dans la tuberculose exclusivement péritonéale.

De tous ces modes de début, le diagnostic est le plus souvent impossible par l'analyse, aussi serrée soit-elle, des symptômes; les antécédents, les signes concomitants de tuberculose, parfois existants, sont facilement négligés en présence des accidents graves observés. Peut-être l'ophtalmo-réaction, la cuti-réaction seraient-elles susceptibles d'application dans certains cas de médecine infantile ne commandant pas une intervention immédiate.

Au point de vue anatomo-pathologique, ces modes de début nous paraissent ressortir non seulement de la péritonite miliaire mais aussi des péritonites ulcéro-

caséuse ou fibro-adhésive ; les lésions suivant les cas sont généralisées ou localisées.

En raison de l'impossibilité ordinaire du diagnostic, l'intervention chirurgicale le plus souvent ne se discute pas mais s'impose. Elle semble d'ailleurs améliorer assez souvent le pronostic.

Vu : le Président de la thèse

A. ROBIN

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie

L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALDIBERT. — De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, étudiée plus spécialement chez l'enfant. *Thèse de Paris*, 1891.
- BOULLAND. — De la tuberculose du péritoine et les plèvres. *Thèse de Paris*, 1885.
- BRUHL. — Article : *Tuberculose du péritoine*, in Manuel de médecine de Debove et Achard. Tome V.
- BOURSIER. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 20 septembre 1903.
- BOUSQUET. — Communication à la Société de chirurgie, 1898, p. 677.
- BRUN. — *Société de chirurgie*. Séance du 23 novembre 1898, p. 1037.
- CHOFARDET. — La péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'appendicite. *Thèse de Paris*, 1900.
- COMBY. — Ophthalmo-réaction tuberculeuse chez les enfants. *Société médicale des Hôpitaux*, séances du 12 et du 19 juillet 1907, pages 769 et 830 du Bulletin.
- COURTOIS-SUFFIT. — Article : *Péritonite tuberculeuse*, in Traité de médecine de Charcot et Bouchard, tome IV.
- DIEULAFOY. — La pleurésie appendiculaire. *Académie de médecine*. Séance du mardi 10 avril 1900.
- E. DUPRÉ. — Article : *Tuberculose du péritoine*, in Traité de médecine et de thérapeutique de Brouardel et Gilbert.

- M^{lle} GOROWITZ. — Tuberculose génitale chez la femme. *Thèse de Paris*, 1900.
- GOURDON. — Du pseudo-étranglement paralytique au cours de la péritonite tuberculeuse. *Thèse de Bordeaux*, 1903.
- GUINARD. — Article : *Tuberculose du péritoine*, in *Traité de Le Dentu et Delbet*, tome VI.
- GUILLEMARE. — Recherches sur la péritonite tuberculeuse aiguë. *Thèse de Paris*, 1898.
- JOHN HOPKINS HOSPITAL (Bulletin du), 1908, tome XIX, n° 7. septembre, p. 256 à 259.
- JOHNSON (R.). — Un suspected tuberculous peritonitis, *Practitioner*, London, 1906, LXXVII ; 332-343.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — *Bulletin de la Société anatomique*, séance du 14 octobre 1904, p. 650.
- LEJARS. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 15 juin 1898, 671-675.
- *Gazette des Hôpitaux*, 1891, page 1305.
- LOEPER. — Article : *Tuberculose du péritoine*, in *Manuel des maladies du tube digestif*, de Debove, Achard et Castaigne, tome II.
- E. DE MASSARY ET PIERRE WEIL. — Soixante-dix cas d'ophtalmoréaction chez l'adulte. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 29 novembre 1907, page 1323 du Bulletin.
- MOIZARD. — *Journal des Praticiens*, 7 août 1900.
- MERRY. — Étude clinique de quelques formes rares de péritonite tuberculeuse *Thèse de Paris*, 1907.
- QUÉNU. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1898, p. 1035.
- ROUSSEAU. — La péritonite tuberculeuse aiguë simulant l'appendicite. *Thèse de Paris*, 1901.
- SOTTY. — Essai sur la péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'appendicite. *Thèse de Paris*, 1901.
- TRAPIER ET PAVIOT. — *Archives générales de médecine*, juillet 1899.
- VILLEMIN. — *Bulletin de la Société de pédiatrie de Paris*, 1904, séance du 21 juin 1904.

